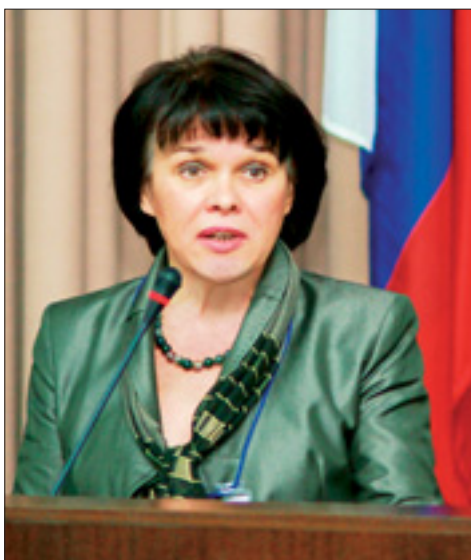




ПРЯМАЯ РЕЧЬ

Сегодня за многие процессы, происходящие на местах, отвечают губернаторы. В том числе в целом — и за качество медицинской помощи. Согласно ст. 184-ФЗ от 06.10.99 «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов РФ» у Президента РФ есть право устанавливать перечень показателей для оценки эффективности деятельности органов исполнительной власти субъекта РФ, в том числе и в системе здравоохранения. Обязанность высших должностных лиц субъектов РФ либо руководителей высшего исполнительного органа государственной власти субъекта РФ (в зависимости от устройства системы органов власти субъекта федерации) — представлять Президенту РФ доклады о фактически достигнутых и планируемых значениях показателей в порядке и в сроки, устанавливаемые Президентом РФ ежегодно.

Оценка эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения



Е.П. Какорина

Минрегионразвития РФ

(выступление на XIII Международном конгрессе Межрегиональной общественной организации «Общество фармакоэкономических исследований» «Справедливость, Качество, Экономичность: от общегосударственных решений до решений на уровне больницы»)

Президент РФ и (или) Правительство РФ имеют право выделять за счет средств федерального бюджета гранты субъектам РФ в целях содействия достижению или поощрения достижения наилучших показателей. На основе этого 184-ФЗ была разработана нормативно-правовая основа системы оценки эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов РФ. В частности, Указ Президента РФ от 28.06.07 № 825 «Об оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов РФ», где прописан порядок подачи доклада из субъекта РФ. А также Постановление Правительства РФ от 15.04.09 № 322 «О мерах по реализации Указа Президента РФ от 28 июня 2007 г. № 825 «Об оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов РФ» (в ред. постановлений Правительства РФ от 1 апреля 2010 г. № 212, от 26 июля 2010 г. № 542, от 8 сентября 2010 г. № 702), где указан перечень показателей, методика расчета неэффективных расходов, все ответственные за подачу показателей ведомства, а также форма доклада, подаваемого в Правительство.

Количество показателей по разделам оценки эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов РФ — более 300. Из них по здравоохранению и здоровью населения — 70. Это достаточно много, такое же количество есть только в образовании. Показатели для оценки деятельности в сфере здравоохранения собираются различными ведомствами: МЗСР — 45, Росстат — 12, субъект РФ — 7, ФСО — 1, Федеральный фонд ОМС — 1, Федеральное казначейство — 4.

Как проходит оценка эффективности деятельности органов исполнительной власти в здравоохранении? 1) По показателям здоровья населения. 2) По показателям ресурсов и деятельности. 3) По показателям эффективности расходования бюджетных средств. 4) По показателям проведения реформ. Сюда входит показатель удовлетворенности населения предоставленными медицинскими услугами. Основные показатели результативности деятельности в сфере здравоохранения — это:

- смертность населения трудоспособного возраста, младенческая смертность;
- отношение среднемесячной номинальной начисленной заработной платы работников государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения к среднемесячной номинальной начисленной заработной плате работников, занятых в сфере экономики региона;
- отношение среднемесячной номинальной начисленной заработной платы врачей государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения к среднемесячной номинальной начисленной заработной плате работников, занятых в сфере экономики региона;

• доля государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения, переведенных преимущественно на одноканальное финансирование (не менее 70% от общего объема финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования) через систему обязательного медицинского страхования в общем количестве государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения, за исключением учреждений здравоохранения особого типа;

• доля государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения, применяющих стандарты оказания медицинской помощи, в общем количестве государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения, за исключением учреждений здравоохранения особого типа;

• доля государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения, переведенных на новую (отраслевую) систему оплаты труда, ориентированную на результат, в общем количестве государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения.

По этим показателям ранжируются субъекты РФ. Что касается младенческой смертности, то с каждым годом у нас показатели улучшаются, за 10 месяцев 2010 г. младенческая смертность составила 7,5 на 1000, в 2009 г. — 8,2 на 1000, 2007 г. — 9,4, 2008 г. — 8,5. Снижение младенческой смертности наблюдалось в 51 субъекте РФ (в 70 регионах в 2008 г.). Но есть субъекты РФ, например Чеченская республика, где младенческая смертность составляет 16,6 случаев. Младенческая смертность в Италии, Германии — 4%, Франции, Финляндии, Швеции — 3%, Японии — 2,8%. К 2012 г. мы должны перейти на общеевропейские критерии живорождения — с 28 недель и вес от 500 г, и здесь у нас показатели смертности, возможно, вырастут.

Смертность населения трудоспособного возраста на 100 тыс. человек населения в 2009 г. составила 627 случаев, в 2008 году — 686. Снижение произошло за счет болезней кровообращения (на 9,6%), новообразований (на 2%), внешних причин (12%), в том числе дорожно-транспортных происшествий (12,8%). Сни-

ДОЛЯ СЛУЧАЕВ СМЕРТИ, ПРИХОДЯЩИХСЯ НА ЛИЦ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА, ОТ ОТДЕЛЬНЫХ ПРИЧИН (В %):

Причина смерти	Доля лиц трудоспособного возраста	Доля лиц старше трудоспособного возраста
Туберкулез	85	15
ВИЧ-инфекция	98	2
Психические расстройства	65	35
Алкогольные расстройства	77	23
Алкогольная кардиомиопатия	78	22
Пневмонии	60	40
Болезни печени	63	37
Несчастные случаи и отравления	76	24
Отравления алкоголем	81	19
Самоубийства	78	22

жение смертности наблюдалось в 79 регионах, при этом более чем на 13% в Приморском крае, Калининградской и Тульской областях. Рост смертности зарегистрирован в 4 регионах, наибольший в Республике Ингушетия — на 23,7%. В 57 субъектах РФ смертность населения трудоспособного возраста выше среднероссийского.

В течение года мы теряем 23000 (практически все мужчины) человек трудоспособного возраста из-за туберкулеза, каждый третий — из мест лишения свободы. Громадная цифра по заболеваниям алкогольной этиологии, 38000 мы ежегодно теряем из-за пневмонии, практически та же картина — мужчины трудоспособного возраста. И это в эру сильнейших антибиотиков! У 90% умерших не определен возбудитель, зачастую поставлен неправильный диагноз. То есть, это нецеленаправленное лечение, нераспознанный случай...

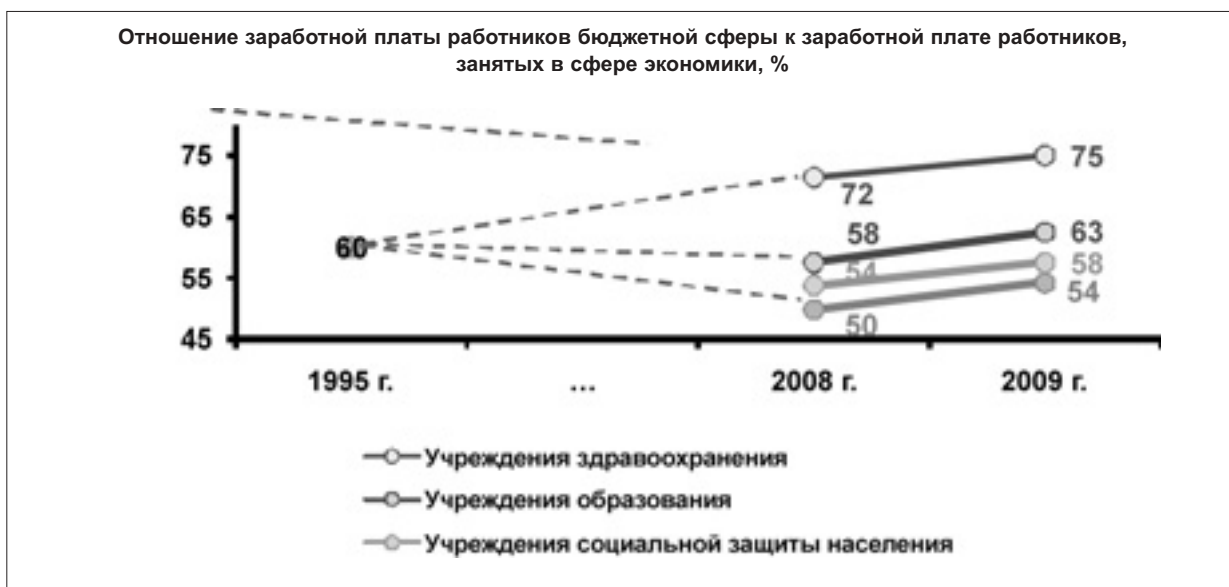
Заработная плата в основных отраслях бюджетной сферы

Несмотря на фактический рост расходов на оплату труда работников во всех отраслях социальной сферы, соотношение заработной платы ряда отраслей бюджетной сферы и заработной платы в экономике остается на

СРЕДНЕМЕСЯЧНАЯ НОМИНАЛЬНАЯ ЗАРАБОТНАЯ ПЛАТА РАБОТАЮЩИХ В ЭКОНОМИКЕ И БЮДЖЕТНОЙ СФЕРЕ (В ТЫС. РУБ.), 2008—2009 ГОДЫ

Сфера	2008 г.	2009 г.	Прирост (%)
Экономика	18,5	19,8	7
Сельское хозяйство	9,9	11	11,1
Здравоохранение	13,2	15	13,6
Образование	10,6	12,4	17
Социальная защита	9,3	10,8	16,6
Физическая культура и спорт	13,7	15,8	14,7
Культура и искусство	9,2	10,5	14,8
Государственное управление	33,2	34,8	4,8

Начало на стр. 1 ↗

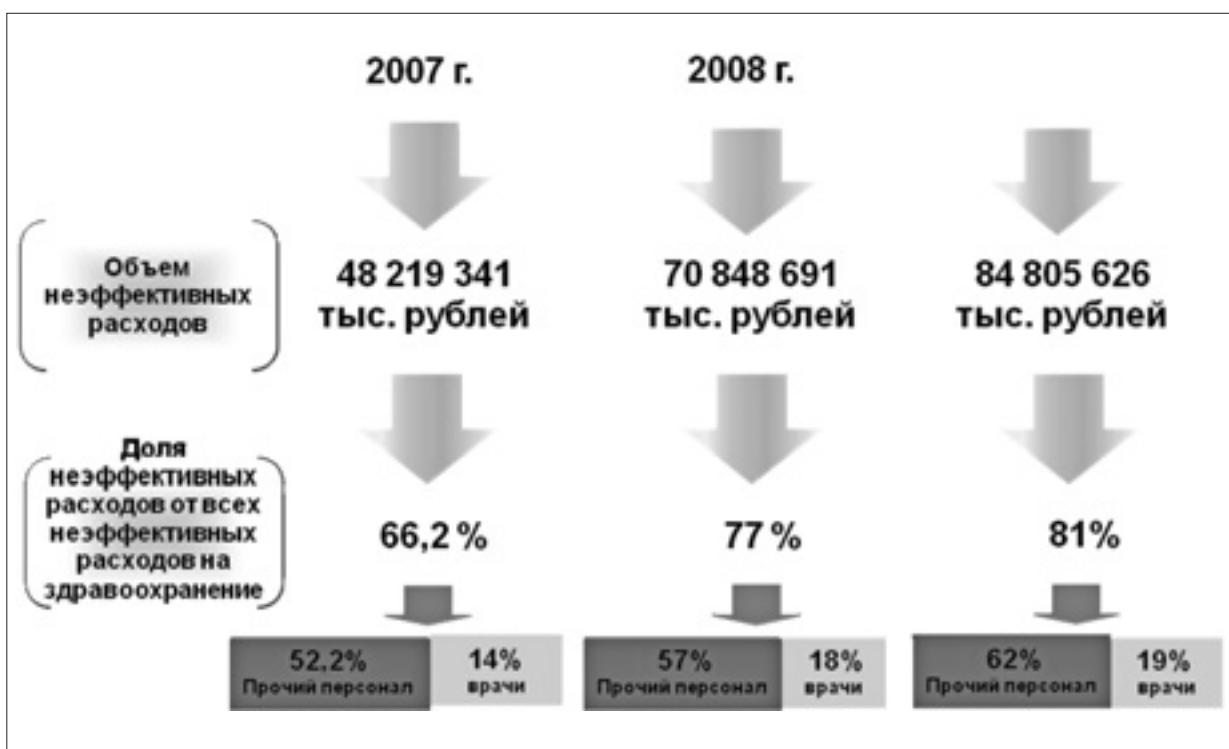


уровне 90-х годов. То есть зарплата работников системы здравоохранения — это 25% от зарплаты работников экономической сферы. По другим бюджетным сферам ситуация еще хуже, это касается и образования, и социальной защиты, и культуры, и искусства. Пока самая высокая среднемесячная номинальная заработная плата остается в госуправлении, несмотря на то, что прирост там самый маленький.

Сегодня мы не имеем нормативов по количеству врачей. Минздравсоцразвития в течение уже 3 лет обещает разработать региональные нормативы. Сейчас мы для расчетов используем среднероссийский показатель — 35,7 врачей на 10000 населения. Средний медицинский персонал в расчет не берется. Еще рассчитывается прочий персонал — он должен составлять 40% от основного персонала (врачей и средних медицинских работников).

За период с 1990 по 2009 гг. численность населения снизилась на 4%, а численность работающих в системе здравоохранения возросла более чем на 26%, средние медицинские работники составляют 42%, врачи — 20%, младший медицинский персонал — 19%, прочие — 19%. Только 10% младшего медицинского персонала прошли хоть какое-то специальное обучение.

С одной стороны, у нас очень много врачей, с другой — обеспеченность населения врачами первичного звена здравоохранения крайне низкая — 5,2 на 10000 населения. В развитых странах эта цифра — около 8. Зато обеспеченность врачами-специалистами в России — 29,5, при том что в Европе — примерно 17. То есть в Европе на одного врача первичного звена приходится 2 специалиста, а у нас — 6—7. В результате мы можем рассчитывать неэффективные расходы на управление кадровыми ресурсами



Только в 25 субъектах РФ врачей больше, чем в среднем по РФ. Это в самых крупных городах. Но и там огромный дефицит врачей в первичном звене. Это выражается в 62% (почти 85 миллиардов рублей) неэффективных расходов от всех неэффективных расходов на здравоохранение на «Прочий персонал» и 19% на врачей.

Мероприятия по снижению неэффективных расходов на управление кадровыми ресурсами:

- Оптимизация штатных должностей: разработка показателей, предусматривающих персональную ответственность руководителей здравоохранения (Республика Адыгея); ежегодная ревизия штатных расписаний (Архангельская обл.);

- Вывод на аутсорсинг непрофильных функций отрасли;
- Внедрение современных финансово-экономических моделей управления (одноканальное финансирование, стандартизация и пр.);

- Переход на отраслевую систему оплаты труда, ориентированную на конечный результат.

Аутсорсинг позволяет решить очень многие проблемы, но делать это «просто так» очень опасно, нужны предварительные расчеты.

Стационарных койек в РФ достаточно много, но при этом различия между субъектами очень значительны. В РФ число коек примерно в 2 раза больше, чем в развитых европейских странах. Хочу напомнить еще про то, что мы все время говорим о врачах, работающих в государственной и муниципальной системах здравоохранения, и о государственных койках, а ведь есть еще частная и ведомственная медицина, и если посчитать врачей еще и там, то цифра будет уже 50 врачей на 10000 населения.

Расчет неэффективных расходов в сфере здравоохранения на управление объемами стационарной медицинской помощи (P_2)

$$P_2 = (O_{сф} - O_{сн} S K_c) \times S_{кд} \times Ч_{н.}$$

$O_{сф}$ Фактический объем стационарной медицинской помощи

$O_{сн}$ Норматив объема стационарной медицинской помощи ($O_{сн} = 2,812$)

K_c Корректирующий коэффициент сетевых нормативов

$S_{кд}$ Средняя стоимость одного койко-дня

$Ч_{н.}$ Средняя численность населения

ПЕРЕЧЕНЬ УСЛУГ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ВЫВОДИМЫХ НА АУТСОРСИНГ

Наименование услуги	Субъект Российской Федерации
стирка белья	Пермский край, республики Бурятия, Татарстан, Тюменская, Томская, Липецкая, Астраханская области
охранные услуги	Пермский край, Республика Бурятия, Томская, Астраханская области
коммунально-хозяйственные услуги	Пермский край, республики Бурятия, Коми, Башкирия, Татарстан, Мордовия, Удмуртия, Чувашия, Тюменская, Томская, Калининградская, Астраханская, Липецкая области
техническое обслуживание медицинской техники	Пермский край, Томская, Астраханская области
организация лечебного питания	Пермский край, Республика Татарстан
транспортные услуги	Пермский край, Астраханская область
скорая помощь	Пермский край
сбор, обезвреживание, транспортировка и размещение медицинских отходов	Пермский край, Тюменская, Астраханская области
лабораторные исследования	Пермский край, республики Бурятия, Чувашия, Татарстан, Калининградская, Томская области
медицинские исследования (магниторезонансная томография)	Пермский край, Томская область
выполнение полетов, связанных с оказанием медицинской помощи	Пермский край, Томская область
услуги гемодиализа	Пермский край, г. Москва, Ульяновская область, Республика Бурятия
патологоанатомические	Калининградская область
организация и ведение бухгалтерского учета	Астраханская область

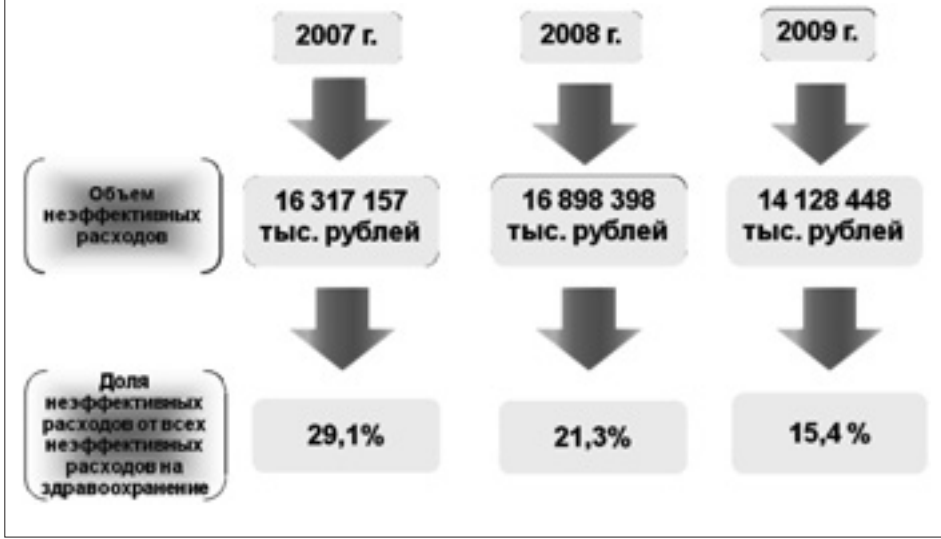
ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ БОЛЬНИЧНЫМИ КОЙКАМИ В ГОСУДАРСТВЕННЫХ (МУНИЦИПАЛЬНЫХ) УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (НА 10 ТЫС. НАСЕЛЕНИЯ), 2009 ГОД

Субъекты	Макс.	Субъекты	Мин.
Чукотский авт. округ	152,7	Республика Ингушетия	40,5
Магаданская область	134,9	Республика Дагестан	67,3
Сахалинская область	130,2	г. Санкт-Петербург	68,4
Республика Тыва	124,1	Калининградская область	70,2
Ненецкий АО	115,3	Республика Татарстан	73,9
Камчатский край	111,1	Владимирская область	74,6
Кировская область	107,6	Ленинградская область	74,7

Продолжение на стр. 3 ↗

Начало на стр. 1, 2

Неэффективные расходы на управление стационарной медицинской помощью



14 миллиардов рублей в 2009 году на неэффективное управление стационарной помощью...

Мероприятия по снижению неэффективных расходов на управление стационарной медицинской помощью

- Развитие стационарзамещающих технологий: перенос догоспитальных обследований при плановом стационарном лечении на амбулаторный этап, перенос части объемов мед. помощи из стационаров в амбулаторный сектор;
- Ресурсосбережение: централизация диагностических и лабораторных служб; единые стандарты лечения; электронная история болезни; использование энергосберегающих технологии в управлении хозяйственной деятельностью ЛПУ (Удмуртская Республика);
- Внедрение государственно-частного партнерства: офисы частнопрактикующих врачей;
- Оптимизация сетей здравоохранения: объединение; реорганизация больниц;
- Оптимизация коечного фонда: сокращение коек; перепрофилирование коек круглосуточно-дневного пребывания на койки дневного пребывания; перевод коек в койки сестринского ухода; передача коек органам соцзащиты (Удмуртская Республика); введение сезонной работы койки (Омская обл., Иркутская обл.);
- Вывод на аутсорсинг непрофильных услуг для отрасли.

Неэффективные расходы в сфере здравоохранения на управление объемами скорой медицинской помощи

Скорая помощь — самый дорогой, самый ресурсоемкий вид помощи. По данным экспертов, этот вид помощи не должен превышать 3%. Вызовы скорой медицинской помощи (на 1000 человек населения) в 2009 г. — более 2,7 млн (2008 г. — 3,2 млн). Многие выезды были безрезультативными и необоснованными, убытки составили более 4,6 млрд руб. Россия единственная страна в мире, где скорую вызывают по любому поводу — семейный скандал, драка, бабушке грустно, давление померить... Более 4,6 млн выездов скорой медпомощи связаны с перевозкой (10%). Эффективная работа первичного звена позволила бы предотвратить около 10 млн вызовов скорой помощи (около 40% к хроническим больным) и сэкономить более 20 млрд рублей. Сегодня необходимы пункты неотложной помощи при лечебно-профилактических учреждениях. У врачей первичного звена сегодня нет времени на то, что бы заниматься хроническими диспансерными больными, у них есть время только на диспансеризацию...



В 2009 году затрачено 3 млрд руб. на неэффективное управление скорой медицинской помощью.

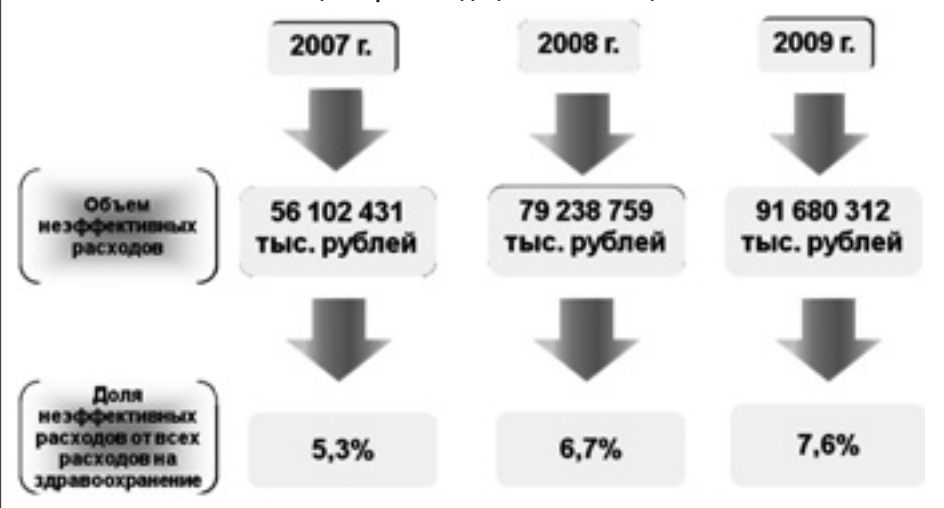
Мероприятия по снижению неэффективных расходов на управление скорой медицинской помощью:

- Реструктуризация СМП: организация службы неотложной помощи при ЛПУ (республики Коми, Удмуртская, Хакасия, Башкортостан, Адыгея, Кабардино-Балкарская, Чувашия, Новгородская, Оренбургская, Саратовская, Амурская, Магаданская, Курская, Тверская, Ульяновская, Томская области, Краснодарский, Хабаровский края), усиление первичного звена здравоохранения;
- Совершенствование организации деятельности СМП: организация единой диспетчерской по типу «единого окна» (Республика Коми); ввод врачебных и фельдшерских консультаций по телефону (Республика Коми); оптимизация маршрутов доставки больных от вида патологии, тяжести заболевания (Волгоградская, Архангельская обл.); выделение отдельных автомашин для транспортировки больных; патронаж и эффективное наблюдение за больными с хроническими патологиями;
- Вывод на аутсорсинг непрофильных функций для СМП. Мы оцениваем еще и реформы. В 2009 г. реформы в системе здравоохранения практически не шли, они затормозились. На одноканальное финансирование в 2009 г.

перешли только 8 субъектов РФ (Калининградская, Тюменская, Томская, Ростовская, Пензенская области, Респ. Татарстан, Пермский край, Чукотский АО), в 2007 г. — 8, в 2008 г. — 5. Перевод государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения преимущественно на одноканальное финансирование через систему ОМС в 47 регионах не внедряется (в 2008 г. — 55).

В 28 регионах процесс перехода на новую систему оплаты труда не начат (в 2007 г. — 34, 2008 г. — 56). Перевод свыше 80% учреждений осуществили 38 регионов. В 2007 г. — 6, в 2008 г. — 12.

Неэффективные расходы на управление кадровыми ресурсами, управление скорой и стационарной медицинской помощью



Внедрение современных методов управления в сфере здравоохранения:

- Применение стандартов оказания медицинской помощи в государственных (муниципальных) учреждениях здравоохранения — в 24 регионе процесс внедрения не начат. В 2007 г. — 34, 2008 г. — 31. Полностью перевод осуществлен в 13 регионах. В 2007 г. — 6, 2008 г. — 12. При том, что к 2012 году все учреждения здравоохранения должны перейти на работу по стандартам.
- То же самое с финансированием государственных (муниципальных) ЛПУ по результатам деятельности на основании подушевого норматива на прикрепленное население — в 57 регионах не внедряется. Полностью внедрено только в 11 регионах. В 2007 г. — 7, 2008 г. — 10. Хотя в Программе сказано, что к 2013 году все должны перейти на работу по подушевому нормативу и по законченному случаю для больничных учреждений.

В 28 регионах процесс перехода на новую систему оплаты труда не начат (в 2007 г. — 34, 2008 г. — 56). Перевод свыше 80% учреждений осуществили 38 регионов. В 2007 г. — 6, в 2008 г. — 12.

Внедрение современных методов управления в сфере здравоохранения:

В 28 регионах процесс перехода на новую систему оплаты труда не начат (в 2007 г. — 34, 2008 г. — 56). Перевод свыше 80% учреждений осуществили 38 регионов. В 2007 г. — 6, в 2008 г. — 12.

Внедрение современных методов управления в сфере здравоохранения:

- Финансирование государственных (муниципальных) больничных учреждений по результатам деятельности по законченному случаю внедрено во всех больничных учреждениях только в 13 регионах. В 2007 г. — 8, 2008 г. — 10. В 57 регионах ни одно учреждение не работает по данному принципу. В 2007 г. — 47, 2008 г. — 33.

Продолжение на стр. 4

ИнтерНьюс

Каждый двадцатый американец ухаживает за человеком с деменцией

15 миллионам американцев, или почти пяти процентам населения США приходится ухаживать за близким человеком, страдающим болезнью Альцгеймера или другой формой деменции. Такие данные содержатся в ежегодном отчете Ассоциации болезни Альцгеймера. Такое положение вещей свидетельствует о постоянно растущей заболеваемости приобретенным слабоумием, которым сейчас во всем мире страдают более 26 миллионов человек. При этом, как отметил в докладе президент и исполнительный директор Ассоциации болезни Альцгеймера Гарри Джонс, это заболевание затрагивает не только самих пациентов, но и их родственников и всех окружающих. Более 60% опекунов признаются, что находятся в состоянии постоянного стресса, и более трети — в депрессии. По словам представителя ассоциации Марии Каррилло, число ухаживающих за людьми с деменцией увеличилось по сравнению с прошлогодними показателями на 37%. Такая разница отчасти обусловлена тем, что предыдущий отчет создавался по оценкам девятилетней давности, а в текущем использованы новые данные. Эксперты подсчитали, что если бы вместо близких уходом за больными занимались сиделки, их суммарная годовая работа заняла бы 17 миллиардов часов, на оплату которых потребовалось бы более 202 миллиардов долларов. Это больше, чем вся оплачиваемая помощь пациентам с деменцией, на которую, по расчетам, в 2011 году будет потрачено 183 миллиарда долларов, что на 11 миллиардов больше, чем в прошлом году. По оценкам Ассоциации болезни Альцгеймера, в настоящее время около 5,4 миллионов американцев страдают этим заболеванием. Из них 5,2 миллиона — в возрасте 65 лет и старше, что составляет примерно одну восьмую людей этого возраста.

Источник: WebMD

Утвержден новый состав президиума РАМН

1 марта новым президентом академии медицинских наук стал главный эндокринолог Минздрава РФ Иван Дедов. На этом посту он сменил директора Российского онкологического научного центра имени Блохина Михаила Давыдова, возглавлявшего РАМН с 2006 года. Члены Российской академии медицинских наук также выбрали заместителей нового президента организации на общем собрании членов академии и был утвержден состав президиума РАМН. По результатам голосования членов академии, заместителями ее президента были избраны Александр Арчаков, возглавляющий Институт биомедицинской химии РАМН, директор Научного центра здоровья детей РАМН Александр Баранов, а также глава ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения Минздрава РФ Владимир Стародубов. Главным научным секретарем президиума академии стал директор Института питания РАМН Виктор Тутельян. Помимо Тутельяна в состав президиума вошли 23 человека, в том числе главный кардиолог Минздрава Евгений Чазов, руководитель Роспотребнадзора Геннадий Онищенко и главный онколог министерства здравоохранения Валерий Чиссов, директор Центра сердечно-сосудистой хирургии имени Бакулева Лео Бокерия. В соответствии с уставом РАМН, в президиум на общественных началах вошла министр здравоохранения и социального развития Татьяна Голикова.

Источник: ИТАР-ТАСС

В США насчитали 12 миллионов излечившихся от рака жителей

По официальной статистике, в настоящее время в США проживают около 12 миллионов человек, излечившихся от рака, что почти в четыре раза больше, чем 40 лет назад. Согласно отчету Центров контроля и профилактики заболеваний США (CDC) и Национального института рака (NCI), в 2007 году в стране насчитывалось 11,7 миллиона человек, излечившихся от онкологических заболеваний. Это значит, что каждый 20-й взрослый, или четыре процента населения перенесли рак. В 2001 году таких американцев было 9,8 миллиона, а в 1971 году — три миллиона. Как отметил директор CDC Томас Фриден, критическое значение для подобных достижений имеет профилактика и раннее выявление злокачественных опухолей. Согласно статистике, 7 из 11,7 миллиона выживших после рака — люди в возрасте 65 лет и старше. 54 процента из них — женщины. Наибольшее число излеченных опухолей приходится на рак груди (22%) и рак простаты (19%). Третье место занимает рак толстой и прямой кишки — от него избавились 10% выживших онкологических пациентов. При этом у 4,7 миллиона человек из общего числа перенесших рак злокачественного образования были выявлены за 10 и более лет до анализа статистических данных. По расчетам Американского общества рака (ACS), в 2010 году 1,5 миллиона американцев заболели раком и почти 570 тысяч умерли от него.

Источник: UPI

ИнтерНьюс

Половина мужчин в мире заражена папилломавирусом

Около половины взрослых мужчин в мире заражены вирусом папилломы человека (ВПЧ). Эти данные были получены в ходе международного исследования, которое финансировалось американским Национальным институтом рака. В исследовании приняли участие более 1100 мужчин из США, Бразилии и Мексики в возрасте 18–70 лет. За каждым участником врачи наблюдали в среднем более двух лет. Раз в полгода мужчины сдавали анализы на папилломавирусную инфекцию. Наличие инфекции было выявлено у 50% добровольцев. Риск заражения ВПЧ у мужчин, которые имели более 50 партнерш, в 2,4 раза превысил аналогичный показатель среди участников, занимавшихся сексом с одной женщиной. Кроме того, добровольцы, практиковавшие анальный секс с тремя и более мужчинами, в 2,6 раза больше рисковали заразиться онкогенными типами папилломавируса, чем те, у кого не было гомосексуальных связей в недавнем прошлом. Онкогенные штаммы ВПЧ являются причиной 70% случаев рака шейки матки, а также около 60% случаев рака рта и глотки. У большинства зараженных папилломавирусная инфекция со временем проходит сама. Исследователи выяснили, что наиболее длительно ВПЧ сохраняется в организме мужчин, относящихся к возрастной группе от 18 до 30 лет.

Источник: The Lancet

Высшее образование оказалось средством от гипертонии

Американские ученые пришли к выводу, что чем выше образование человека, тем ниже его артериальное давление. Исследователи из Университета Брауна в Род-Айленде проанализировали данные примерно четырех тысяч человек, принявших участие в крупномасштабном лонгитудинальном Фрамингемском исследовании, продолжающемся более 60 лет. Их интересовала зависимость артериального давления от уровня образования человека. В результате анализа выяснилось, что у женщин, имеющих высшее образование или докторскую степень, систолическое давление в среднем на 3,26 миллиметра ртутного столба ниже, чем у их ровесниц, учившихся только в средней школе. У мужчин эта разница составила 2,26 миллиметра ртутного столба. Такая же зависимость сохранялась после введения поправок на такие влияющие на давление факторы, как ожирение, употребление алкоголя, курение и прием лекарств от гипертонии. По мнению руководителя исследования Эрика Лаукса, полученные результаты могут объяснить тот широко известный факт, что у более образованных людей риск заболеваний сердца ниже, чем у менее образованных. Возможно, выявленная зависимость объясняется тем, что при недостатке образования люди чаще занимаются тяжелым физическим трудом и менее склонны заботиться о здоровье. Ученый также пояснил, что его коллектив сконцентрировался на систолическом давлении, поскольку оно гораздо чаще бывает повышенным и имеет большее значение для развития вторичных заболеваний по сравнению с диастолическим.

Источник: AFP

Ученые опровергли влияние стресса на успех ЭКО

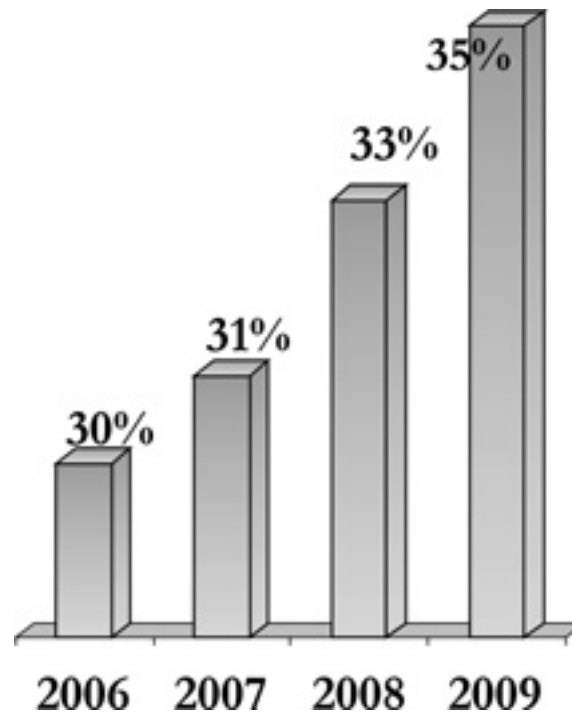
Ученые из Великобритании выяснили, что стресс не влияет на результат экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) и других вспомогательных репродуктивных технологий. Исследование провела группа специалистов под руководством Джеки Бойвин из Кардиффского университета. Бойвин и ее коллеги проанализировали результаты 14 проведенных ранее исследований, в ходе которых оценивалась эффективность вспомогательных репродуктивных технологий. Авторы этих работ оценили уровень стресса у 3583 женщин, которым впоследствии был предложен тот или иной метод лечения бесплодия. Проанализировав полученные данные, исследователи выяснили, что доля успешных попыток применения вспомогательных репродуктивных технологий была одинаковой среди женщин с высоким и низким уровнем стресса, зафиксированным перед процедурой. По словам Бойвин, ученым удалось развеять еще один миф, касающийся беременности. Однако она добавила, что такие процедуры, как ЭКО сами по себе являются стрессовыми. В частности, около трети всех супружеских пар прерывают лечение бесплодия именно из-за стресса. В связи с этим глава британской благотворительной организации Infertility Network Клэр Льюис-Джонс отметила, что медучреждения, оказывающие репродуктивные услуги, должны сделать все возможное для создания комфортных условий пациентам с бесплодием.

Источник: British Medical Journal

Начало на стр. 1, 2, 3 ↗

Ежегодно ФСО опрашивает население на предмет удовлетворенности медицинской помощью. В России удовлетворенность очень низкая — около 35%. А по данным, предоставленным субъектами РФ — 75–90%.

УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ (В %) ПО ДАННЫМ СОЦИОЛОГИЧЕСКИХ ОПРОСОВ ФСО В 2009 Г. (64 872 РЕСПОНДЕНТОВ)



Субъект	Мак.	Субъект	Мин.
Чукотский автон. округ	57	Калининградская обл.	21,5
Республика Ингушетия	52	Тверская область	23
Республика Мордовия	51	Республика Сев. Осетия	24
Ямало-Ненецкий автон. округ	49	Карачаево-Черкесская Респ.	24
Республика Татарстан	47	Республика Удмуртия	24
Ханты-Мансийский автон. округ	46	Камчатский край	24
Псковская область	45	Кировская область	24
Ненецкий автономный округ	44	Свердловская область	25
Астраханская область	43	Республика Адыгея	25

По итогам 2007 и 2008 гг. мы проводили ранжирование субъектов по достигнутому уровню эффективности, в 2009 г. стали смотреть динамику эффективности, в 2010 г. запланирована уже комплексная оценка по достигнутым результатам и по динамике.



Всю нормативную базу, последнюю информацию можно изучить на сайте Министерства регионального развития Российской Федерации www.minregion.ru

Очередной Ежегодный XIII Европейский конгресс Международного общества фармакоэкономических исследований (ISPOR) прошел в ноябре в г. Прага, Чехия. Общее число зарегистрированных участников составило около 2200 человек. Следуя уже сложившейся традиции, российская делегация была одной из самых многочисленных и насчитывала около 80 человек: специалистов в области лекарственного обеспечения, клинических фармакологов и практикующих врачей из различных регионов Российской Федерации, представителей фармацевтических компаний.

Оценка медицинских технологий — европейская перспектива и сотрудничество. Отчет о XIII Европейском конгрессе ISPOR

Л.Ю. Безмельницина



Перед началом конгресса, как обычно, были проведены двухдневные школы по актуальным вопросам клиничко-экономического анализа. Основной темой, обсуждаемой на конгрессе, была оценка медицинских технологий и обмен опытом по данному вопросу между Европейскими странами. На 1-м пленарном заседании, обсуждались возможности повышения эффективности оценки медицинских технологий, в частности фокус исследований на лекарственных препаратах, практическое применение результатов при принятии решений и вопрос выбора метода при проведении оценки. Для улучшения работы служб по оценке медицинских технологий необходим обмен результатами между странами, а также проведение совместных исследований с разделением обязанностей между участниками. Организации, проводящие оценку медицинских технологий, должны оказывать консультативные услуги производителям на этапе разработке лекарств.

В рамках конгресса прошел IX круглый стол ISPOR по вопросам оценки медицинских технологий, в котором при-

няли участие около 30 специалистов — руководителей Европейских агентств по оценке медицинских технологий, в том числе английской NICE, немецкой IGWIG, французской SAS. Президент МОООФИ П.А. Воробьев и Исполнительный директор О.В. Борисенко представили доклад о ситуации с перспективами развития оценки медицинских технологий в России.

Российский форум в рамках Европейского конгресса прошел 8 ноября. В начале заседания приветственную речь произнес президент Российского филиала ISPOR, профессор Воробьев Павел Андреевич. Затем слово было предоставлено исполнительному директору Мэрилин Дикс Смит, которая вручила награду ISPOR П.А. Воробьеву за совершенный автопробег «Справедливое здравоохранение» по маршруту «Москва—Сахалин». На Российском форуме были представлены три доклада. П.А. Воробьев сделал доклад о перспективах модернизации здравоохранения в Российской Федерации, И.Е. Нильва, директор по маркетингу и формированию ассортиментного портфеля ОАО «Верофарм», представил взгляд фармацевтической компании на модернизацию системы здравоохранения, заведующая отделением клинической фармакологии Красноярской краевой клинической больницы Е.Н. Бочанова поделилась опытом применения DDD-методологии для оценки потребления лекарственных средств в стационаре.



Следующий Европейский конгресс пройдет в г. Мадриде, Испания с 5 по 8 ноября 2011 года. Международный конгресс ISPOR запланирован на 21—25 мая 2011 г., в Балтиморе, США. Мы рады пригласить всех желающих присоединиться к российской делегации на предстоящих конгрессах. Более подробная информация будет размещена на сайте МОООФИ заблаговременно.

ИнтерНьюс

Магнитная капсула станет альтернативой инъекциям

Американские ученые разработали магнитную капсулу, которая повышает степень всасывания лекарственных средств в кишечнике и может послужить альтернативой инъекционному введению. В настоящее время многие препараты приходится вводить с помощью инъекций, поскольку они могут всасываться лишь в определенном участке желудочно-кишечного тракта, но не успевают это сделать, проходя по кишечнику. Это не имеет большого значения, если лекарство применяется однократно или коротким курсом, однако при лечении таких заболеваний как диабет, новообразования и т. п. потребность в альтернативе инъекциям ощущается весьма остро. Исследователи из Университета Брауна в род-айлендской столице Провиденс разработали желатиновую капсулу с небольшим магнитом внутри, местоположение которой можно с высокой точностью определять и регулировать внешним магнитным устройством. Ученым удалось подтвердить функциональность изобретения в эксперименте на лабораторных крысах. Местоположение капсулы, определенное наружным магнитом, контролировалось с помощью рентгеновского аппарата. Как отметила автор исследования Эдит Матиовитц, это не первая попытка создания магнитной пилюли. Первоочередной задачей, стоявшей перед разработчиками, было обеспечение безопасности устройства. Поэтому оно было сконструировано так, чтобы определение позиции капсулы и ее удержание в нужном участке кишечника происходило с минимально возможным усилием. Для этого внешняя магнитная система после тщательных расчетов получила высокоточное компьютерное управление с обратной связью, исключающее возможность повреждения тканей. В эксперименте на крысах система, удерживая капсулу в одном участке кишечника на протяжении 12 часов, оказала давление на его стенку в 60 раз меньшее того, что может вызвать травму. Добившись этих результатов, исследовательский коллектив намерен приступить к изучению абсорбции лекарств из магнитной капсулы и в случае успеха перейти к экспериментам на людях.

Источник: *Proceedings of the National Academy of Sciences*

В США умер донор первой в мире успешно пересаженной почки

В США спустя 56 лет после первой в мире успешно завершённой трансплантации почки скончался мужчина, который был донором пересаженного органа. 79-летний Рональд Ли Херрик умер 27 декабря в реабилитационном центре Augusta в штате Мэн. По словам его жены, американец не смог восстановиться после перенесенной в октябре 2010 года операции на сердце. Первая в мире успешная пересадка почки была проведена 23 декабря 1954 года. Бригадой хирургов, выполнивших вмешательство в одной из больниц Бостона, руководил Джозеф Мюррей. Американские хирурги предприняли попытку выполнить трансплантацию почки еще раньше — в 1950 году. Однако на тот момент не были разработаны препараты, предотвращающие отторжение пересаженного органа, в результате чего реципиент скончался через 10 месяцев после операции. В операции, которую провел Мюррей, донор и реципиент были генетически идентичными близнецами, что позволило избежать отторжения пересаженного органа. Почки Рональда Херрика была пересажена его брату Ричарду, который прожил после операции 8 лет. В 1990 году Джозеф Мюррей и его коллега Эдвард Томас были награждены Нобелевской премией по медицине с формулировкой «за открытия, касающиеся трансплантации органов и клеток при лечении болезней».

Источник: *medportal.ru*



КЛИНИЧЕСКАЯ ГЕРОНТОЛОГИЯ

Издательство Ньюдиамед

Научно-практический медицинский журнал

Для практических врачей различных специальностей и социальных работников, которым постоянно приходится решать многие клинические и социальные проблемы больных пожилого и старческого возраста.

Знакомит читателя с фундаментальными вопросами биологии и патофизиологии старения, особенностями течения и терапии различных заболеваний в позднем возрасте, современными методами диагностики и лечения, социальными вопросами, вопросами организации здравоохранения, этическими вопросами, законодательством.

Имеет следующие разделы: передовые, оригинальные статьи, обзоры, лекции, письма в редакцию, заметки из практики, вопросы этики, деонтологии, медико-социальные проблемы, информация о новых лекарственных препаратах, конференциях, съездах, симпозиумах, рефераты статей, опубликованных в зарубежных журналах, ситуационные задачи с ответами и комментариями к ним; одна из рубрик журнала посвящена творческому долголетию.

Оформить подписку можно:

- по каталогу агентства «Роспечать» (индекс 72767);
- в редакции, заполнив бланк

Бланк-казак на подписку журнала на 2011 год в редакции (журнал высылается по Вашему адресу в конверте).

Ваш адрес просим указывать печатными буквами.

Ф.И.О. подписчика	Почтовый адрес доставки (индекс обязательно)	1 полугодие		2 полугодие		
		1-2	3-4	5-6	7-8	9-10
Номера журнала						
Цена одного номера в руб.						
		1100	1100	1100	1100	1100
ИТОГО (впишите сумму):						
НАШИ РЕКВИЗИТЫ: Банк получатель: АКБ «Стратегия» (ОАО), ИНН 770 224 522 0, БИК 044 579 505, КПП 770 201 001, К/с 301 018 100 000 000 005 05, Р/с 407 028 105 000 000 004 85.						

Квитанцию о переводе оплаченной Вами суммы и бланк-казак высылайте по нашему адресу:

115446, Москва, Коломенский проезд, 4, А/Я 2 Издательство «Ньюдиамед».

При необходимости, издательство выставляет счет. Тел./факс: (499) 782-31-09

E-mail: mtpndm@dol.ru, www.zdrav.net

В платежном поручении и в почтовом переводе обязательно указать:

- в графе «Получатель» — ООО «МТП Ньюдиамед»;
- в графе «Назначение платежа» — адрес доставки, стоимость дана с учетом НДС (10%).

Обоснование участия в конкурсе на соискание Премии имени профессора

Дмитрия Дмитриевича Плетнева

Московского городского научного общества терапевтов



Медведева Ирина Васильевна
(самовыдвижение)

Медведева Ирина Васильевна, 1958 года рождения, русская, гражданка Российской Федерации, уроженка Тюменской области, представляю свою кандидатуру на соискание вышеуказанной премии. В 1981 году с отличием окончила Тюменский медицинский институт, затем ординатуру, аспирантуру при институте питания Академии медицинских наук (г. Москва).

В 1987 году защитила кандидатскую диссертацию, в 1993 году окончила докторантуру при институте питания РАМН, защитила докторскую диссертацию. С 1994 года возглавляю выпускающую кафедру госпитальной терапии с курсом эндокринологии, а с сентября 2000 года являюсь проректором по научной работе Тюменской государственной медицинской академии.

В январе 2001 года избрана Ученым советом Южно-Уральского научного центра РАМН директором Тюменского отдела ЮУНЦ РАМН, в составе которого под моим руководством развернуты Институт терапии ТО ЮНЦ РАМН и проблемная научно-исследовательская лаборатория.

В апреле 2002 года на общем собрании Российской академии медицинских наук избрана членом-корреспондентом РАМН, в марте 2004 — присвоено звание «Заслуженный деятель науки РФ».

Являюсь основателем научно-педагогической школы по специальности «внутренние болезни», в рамках которой выполняются научные исследования по направлению «Клинические и популяционные изменения клеточных мембран под воздействием факторов питания», являюсь автором более 350 печатных работ, двух патентов, 12 монографий, одна из которых «Картотека блюд лечебного рационального питания» утверждена МЗ РФ и является нормативным документом для всех учреждений здравоохранения РФ. Имею высшую лечебную квалификационную категорию по специальности «терапия», международные сертификаты, являюсь членом координационного совета Уральского Федерального округа по реализации национального проекта «Здоровье». Под моим руководством проведены более 100 мероприятий различных уровней, из них Российский Пленум по гепатологии, Всероссийские: пять терапевтических форумов, съезд ревматологов Урала, IV конференцию по профилактической кардиологии в рамках нацпроекта «Здоровье», Российский национальный конгресс «Человек и лекарство. Урал-2007» и «Урал-2010», конгресс терапевтов «Урал-2009», посвященный 100-летию Российской академии наук, посвященный 100-летию Российской академии наук, посвященный 100-летию Российской академии наук. Активно занимаюсь повышением квалификации врачей Тюменской области, только в течение последних пяти лет мною организовано более 50 циклов по различным разделам клиники внутренних болезней. В процессе научно-педагогической деятельности, мною подготовлено 8 докторов наук и 50 кандидатов медицинских наук.



Мухин Николай Алексеевич

Николай Алексеевич родился 04.12.1936 года в Москве. Уже почти 50 лет жизнь Н.А. Мухина связана с Московской медицинской академией имени И.М. Сеченова (с 2010 г. — Первый Московский госу-

дарственный медицинский университет), которую он закончил в 1960 г. и куда вернулся, поступив в аспирантуру при кафедре терапии и профболезней, после работы врачом на полярной станции Земли Франца-Иосифа (1960—1962). На кафедре терапии и профболезней прошла вся последующая трудовая деятельность Николая Алексеевича: сначала в качестве ассистента, затем доцента, профессора и с 1986 г. по настоящее время — заведующего кафедрой и директора клиники нефрологии, внутренних и профессиональных болезней имени Е.М. Тареева.

Формирование Н.А. Мухина как врача, ученого, педагога проходило под руководством и при тесном сотрудничестве с выдающимся клиницистом современности академиком Е.М. Тареевым, многие годы руководившим кафедрой и сумевшим создать в коллективе атмосферу творчества, культа науки и культуры, постоянного самосовершенствования.

Воспитанный на принципах школы Е.М. Тареева — настойчивого изучения этиологии, внимания к казуистике, системного подхода к оценке заболеваний, тщательного клинического анализа с учетом новейших научных данных, Николай Алексеевич стал последовательным продолжателем этих традиций, эти принципы нашли дальнейшее развитие и в работах его учеников.

Одним из главных направлений научной деятельности Н.А. Мухина является изучение проблемы нефрологии. Амилоидозу почек посвящены кандидатская (1966) и докторская (1980) диссертации. За разработку проблемы амилоидоза Н.А. Мухину вместе с Е.М. Тареевым, В.В. Серовым, О.М. Виноградовой присуждена Государственная премия СССР (1983).

В отечественной нефрологии Николай Алексеевич настойчиво внедряет этиологический принцип изучения механизмов прогрессирования нефрита, а также изучение неиммунных механизмов развития болезни, что легло в основу развиваемой Н.А. Мухиным нефропротективной стратегии. Под его руководством выполнен ряд работ по выявлению роли неинфекционных факторов прогрессирования, в частности алкоголя, нарушений обмена мочевой кислоты, экологических (свинец, кадмий), лекарственных (анальгетики) влияний. Важной в практическом отношении является впервые выдвинутая Н.А. Мухиным с группой сотрудников концепция гиперурикемического варианта латентного нефрита с выделением ранней урикозурической его стадии, установление факторов риска, мер профилактики и этиологического лечения этого вида нефрита.

К оригинальным и приоритетным подходам в нефрологии относится использование для прогнозирования результатов лечения глюкокортикоидами метода определения генетически обусловленной чувствительности к ним клеточных рецепторов. За достижения в изучении проблемы гломерулонефрита Н.А. Мухину с группой ученых присуждена вторая Государственная премия СССР (1991).

Как терапевта широкого профиля Николая Алексеевича интересуют также проблемы пульмонологии. Им и его сотрудниками много сделано для понимания сущности интерстициальных болезней легких — идиопатического фиброзирующего альвеолита и саркоидоза.

Под руководством Н.А. Мухина активно изучаются проблемы гепатологии: роль вирусов гепатитов поражения печени, системные внепеченочные проявления хронических вирусных гепатитов, возможности противовирусной терапии, редкие формы — болезнь Вильсона-Коновалова, первичный склерозирующий холангит, билиарные поражения печени.

Н.А. Мухин имеет большое число публикаций, среди них разделы в фундаментальных руководствах «Основы нефрологии» (1972), «Клиническая нефрология» (1983), «Нефрология» (2000), а также монография «Диагностика и лечение болезней почек» (1986, 2002), «Справочник по нефрологии» (1986). Автор и соавтор около 250 научных статей в отечественных и зарубежных журналах. Н.А. Мухин часто выступает с докладами на съездах терапевтов страны, международных и национальных конгрессах.

Широта изучаемых проблем, многопрофильный состав больных делает клинику, возглавляемую Н.А. Мухиным, одной из ведущих лечебных и научно-педагогических учреждений, базой для обучения студентов 1 МГМУ им. И.М. Сеченова, факультета фундаментальной медицины МГУ имени М.В. Ломоносова, послевузовской подготовки терапевтов, нефрологов.

Николай Алексеевич проводит большую работу в качестве Председателя Правления Российского научного общества нефрологов, является членом Президиума Всероссийского научного общества терапевтов, членом Правления Московского научного общества терапевтов, членом экспертного совета по терапии ВАК, членом редколлегий ведущих терапевтических журналов «Терапевтический архив», «Клиническая медицина», «Клиническая фармакология и терапия», «Врач».



Николай Алексеевич обладает прекрасным педагогическим даром — его лекции для студентов и врачей отличаются академизмом, новизной и доступностью изложения. Его большой опыт педагога нашел отражение в двухтомном учебнике «Внутренние болезни» (1990, 2002). В 2002 году вышел из печати учебник «Пропедевтика внутренних болезней». При научном консультировании и под руководством Н.А. Мухина выполнено 8 докторских и 48 кандидатских диссертаций.

В 1993 г. Н.А. Мухин избран членом-корреспондентом, а в 1999 г. — академиком Российской академии медицинских наук. Лауреат Государственных премий СССР (1983, 1991), Заслуженный деятель науки РФ (1996). Награжден орденом Почета (1991), медалями, другими знаками отличия.

Представление А.И. Воробьева



Палеев Николай Романович

Закончил гимназию в Вильнюсе и в 1947 г. поступил на медицинский факультет Вильнюсского Государственного университета. Молодой комсомолец был назначен председателем комиссии ЦК комсомола Литвы по организации колхозов. Николай Романович дважды попадал в руки «Лесных братьев» и оба раза его выручали друзья-литовцы. В 1950 г. Николай Романович был принят в I Московский медицинский институт им. И.М. Сеченова. Он был членом научных кружков в терапевтической, физиотрической, нервной, психиатрической клиниках, овладев техникой гипноза, проводил сеансы массового гипноза. Учителями Палеева были выдающиеся профессора А.Л. Мясников, Е.А. Попов, Е.К. Сепп, В.Н. Виноградов.

После окончания в 1953 г. института Николай Романович был направлен в Заполярье главным врачом больницы Главсевморпути в Таймыльре (Якутия, недалеко от моря Лаптевых). В 1954 г. Николай Романович принял участие в экспедиции на Северный полюс на станции «Северный полюс-4». За эту работу Николай Романович был награжден званием Почетный полярник. Палеевым проведены исследования адаптации человека в условиях Центральной Арктики и Антарктиды, разработана теория акклиматизации, раскрыта сущность адаптационных и дизадаптационных изменений организма человека, предложены эффективные методы профилактики и лечения дизадаптации.

В 1957—60 гг. Палеев — аспирант Института терапии АМН СССР. После аспирантуры, работая ассистентом, Н.Р. Палеев принял активное участие в разработке электрорентгенографической аппаратуры и первым в мире применил этот метод в клинике. В 1968 г. Николай Романович защитил докторскую диссертацию «Возможности электрорентгенографии в диагностике заболеваний сердечно-сосудистой системы и органов дыхания». В 1973 г. за разработку и внедрение нового

Продолжение на стр. 7

Начало на стр. 6

метода он стал лауреатом Государственной премии СССР.

С 1969 г. Н.Р. Палеев — руководитель терапевтической кардиопульмонологической клиники МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского. Н.Р. Палеев в качестве приоритетных направлений определил некоронарогенные заболевания миокарда и хронические неспецифические заболевания легких. В 1972 г. им опубликована классификация симпоматических гипертензий, в клинике изучаются нарушения ритма сердца, терапевтическая эффективность квантовой гемотерапии, проблемы психосоматики и соматопсихиатрии. Нарушения ритма сердца — важная составная часть исследований, проводящихся профессором Н.Р. Палеевым. В им самостоятельное нарушение ритма активной гетеротопии выделена парасистолия, создана классификация парасистолий, открыт способ эффективного лечения ее кордароном. Создана классификация экстрасистолий, раскрыт механизм бигеминии. Предложен метод диагностики парасистолии сцепленного типа и метод дифференциальной диагностики парасистолии с экстрасистолией и возвратной тахикардией с помощью функциональных проб с физической нагрузкой и атропином.

Изучение патогенеза легочной гипертензии при хронических неспецифических заболеваниях легких привело к формированию принципиально нового взгляда на сущность так называемого легочного сердца. Была выявлена стадийность развития легочно-сердечных нарушений при хронических неспецифических

заболеваниях легких, разработана классификация вторичной легочной гипертензии, предложены методы ранней диагностики легочной гипертензии.

В последние десятилетия на первое место среди пульмонологических проблем жизни выдвинула бронхиальную астму. Она стала ведущей проблемой и пульмонологов МОНИКИ, сотрудников кафедры пульмонологии ММА им. И.М. Сеченова, была привлечена к этим исследованиям и академическая научно-исследовательская группа Николая Романовича.

Результатом экспериментальных и клинических исследований патогенеза бронхиальной астмы явилось успешное применение при ее гормонзависимой и гормонрезистентной формах квантовой гемотерапии, позволившей у больных гормонзависимой бронхиальной астмой более чем в 2 раза снизить дозу преднизолона, восстановить чувствительность к стероидам при гормонрезистентной ее форме.

Совместно с учеными Московского областного научно-исследовательского института акушерства и гинекологии (МОНИИАГ) были изучены особенности течения и лечения больных бронхиальной астмой женщин в период менопаузы.

Н.Р. Палеев с 1990 г. заведует кафедрой терапии ФУВ МОНИКИ, с 1991 г. — кафедрой пульмонологии ММА им. И.М. Сеченова — по совместительству, с 1986 г. — руководитель академической научно-исследовательской группы. В 1986 г. профессор Н.Р. Палеев был избран членом-корреспондентом, а в 1988 г. — действительным членом (академиком) Академии медицинских наук СССР (Российской Академии медицинских наук).

Н.Р. Палеев является одним из крупнейших терапевтов страны, основателем терапевтической школы, отличающейся симбиозом клиники, патофизиологии, биохимии, иммунологии, морфологии, что обеспечивает глубокое проникновение в механизмы развития болезни и как результат — открытие новых методов диагностики и лечения. Обходы Н.Р. Палеева больных и лекции пользуются огромным вниманием и успехом у студентов и врачей.

Николаем Романовичем опубликовано около 600 научных работ, из которых 33 — монографии, учебники, руководства, справочники (5 из них — за рубежом). Под его руководством выполнено 38 кандидатских и докторских диссертаций.

С 1984 г. Николай Романович Палеев совмещает клиническую и преподавательскую деятельность с должностью главного редактора издательства «Медицина», он является членом редколлегии Большой Российской и Большой Медицинской энциклопедий, членом редколлегий двух отечественных и трех зарубежных журналов.

Имя академика Николая Романовича Палеева широко известно не только в нашей стране, но и за рубежом. Он является почетным членом Югославской академии наук и искусств, Сербской медицинской академии, почетным профессором Римского, Белградского, Приштинского университетов, членом Ученого совета Международного университета «Кампус-Био-Медико» (Италия), членом и консультантом Центра легочной гипертензии и международного совета «Безжанийска Коса» (Югославия) и др.

Представление П.А. Воробьева

Высшая школа терапии МГНОТ МНОГОЛИКАЯ ПРОБЛЕМА ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ.

08 февраля 2011 г.

1. Краснова Л.С., Первый МГМУ им. И.М. Сеченова.

Оценка и выбор препаратов железа

Главная характеристика препаратов железа — эффективность. Высокая эффективность позволяет минимизировать затраты на лечение. Лечение проводится до достижения полной гематологической ремиссии. При необходимости проводят профилактическую терапию. Важно устранить причины потери железа — кровотечения.

Вылечить анемию диетой нельзя. Норма ежедневного потребления и потери железа для мужчин 5–10 мг, для женщин — от 7 до 20 мг. 100 г печени содержат 9 мг железа, железа много в мясе и рыбе. А в сушеных грибах железа даже больше, чем в печени. Но в растительных продуктах железа мало. В норме железо всасывается не все, а 10–15%, при дефиците железа — в 2–3 раза больше. А для коррекции дефицита железа нужно давать 200 мг/сут., а никак не 20 мг, которые можно потребить с пищей. Применение меньших доз не дает адекватного клинического эффекта, поэтому часто имеются большой процент плохо пролеченных больных.

Препараты железа делятся на 2 группы: содержащие двухвалентное железо — это соединения солей, и трехвалентное железа в виде комплексов. С точки зрения путей введения имеется 2 группы: те, которые применяются перорально и те, которые применяются парентерально — внутримышечно или внутривенно.

Формы выпуска препаратов железа разнообразны: жидкие (растворы) и твердые (таблетки), капли, суспензии, сиропы и растворы для приготовления сиропов. Последние формы лучше назначать детям.

Есть факторы, которые уменьшают всасывание железа, к ним относятся вещества, содержащиеся в пище: танин в чае, фосфорная кислота, соли кальция из молока, некоторые лекарственные препараты, например, антибиотики тетрациклинового ряда, альмагель. Но это касается только препаратов двухвалентного железа. В трехвалентном железе в инструкции нельзя увидеть никаких указаний о зависимости от приема пищи. Одновременно есть вещества, усиливающие всасывание железа — фруктоза, сорбит, алкоголь.

Почему же предпочтительнее лечение пероральными препаратами? Во многих исследованиях доказано, что при приеме пероральных препаратов только на 2–4 дня позже был достигнут эффект, чем при применении парентеральных. Но пероральный прием имеет преимущество в том, что крайне редко приводит к серьезным побочным эффектам. Особенно к гемосидерозу. Более того назначение парентеральных препаратов имеет показания такие как наличие патологии кишечника с нарушением всасывания, абсолютная непереносимость препаратов при приеме внутрь.

К препаратам парентерального введения прибегают при необходимости быстрого насыщения организма железом, когда планируются плановые операции, и при лечении больных эритропоэтином.

Еще раз — препараты должны обладать такими характеристиками, как эффективность, безопасность, а также комплаентность. Но мы должны помнить о том, что сколько стоит, каков эффект, получаемый за эту цену. Лучше тот препарат, который за меньшие деньги дает максимальный эффект при хорошей безопасности.

В 2003 г. было проведено фармакоэкономическое исследование некоторых железосодержащих препаратов. Показана максимальная и минимальная цена на упаковку препарата. Но упаковка упаковкам рознь: в одной 100 таб-

леток, во второй — 10. Посчитали, сколько стоит 1 таблетка, далее — сколько таблеток необходимо на курс лечения в течение 21 дня в дозе 200 мг/сут. Необходимое количество таблеток умножили на цену одной таблетки и получили стоимость курса лечения.

Разброс затрат достаточно большой. Наверно, не очень правомерно сравнивать эти препараты, потому что они совершенно разные. Например, мальтофер трехвалентный, жидкая форма, разные формы. Сорбифер двухвалентный, таблетки. Тотема — жидкая форма, раствор для приема внутрь. Хотелось бы отметить, что по тотеме очень большой разброс цен — примерно в 4 раза. Аптеки завышают цены?

Поскольку дозы разные, больные разные (дети, взрослые, беременные, пожилые), у нас нет данных, как всасываются препараты: одинаково ли жидкие и твердые формы. Какова эффективность, с какой скоростью растет гемоглобин. Совокупность этих вопросов не позволяет принять метод расчета, основанный только на суточной дозе, правильным. Надо проводить сравнительные исследования, рандомизирование исследования с высокой доказательностью.

Вопрос: А почему мы должны начинать с двухвалентного железа, а не можем сразу с трехвалентного?

Л.С. Краснова: Двухвалентное железо дешевле

П.А. Воробьев: Вы в кошелек пациенту загляните и посмотрите — 3000 руб. он готов сразу выкинуть? При приеме трехвалентного железа восстановление гемоглобина происходит в 1,5 раза дольше и в 3 раза дороже. Если есть желание избежать тошноты за цену в 3 раза больше, то пожалуйста.

Вопрос: Как долго принимать железо после достижения нормы гемоглобина?

Л.С. Краснова: После достижения нормы гемоглобина вы переходите на профилактическую дозу в 2 раза меньшую в течение месяца-двух. Это зависит от причины — если это постоянные кровотечения, кровопотери, то подольше. За 3 недели гемоглобин должен подойти к норме. Если у вас гемоглобин за 3 недели не подходит к норме, то либо источник кровопотери не опознан, либо происходит что-то еще. К концу месяца гемоглобин должен быть абсолютно нормальным.

2. Е.С. Ковригина, (РГМУ Москва)

Современные методы диагностики и лечения железodefицитной анемии и критерии оценки эффективности ферротерапии

Заболеваемость железodefицитной анемией в России высока, и она растет за счет того, что мы с вами хорошо работаем, активно выявляем пациентов, которые нуждаются в коррекции уровня железа. В основном это дети и подростки, среди взрослых таких пациентов меньше. Потребности в железе в разные возрастные периоды и в разных гендерных группах различные. Среди мальчиков и девочек разница в физиологических потребностях меняется с приходом у девушек месячных в подростковом периоде. Нуждаются в коррекции уровня железа многие беременные женщины. По нормативам ВОЗ, в первый триместр уровень гемоглобина 110 г/л, во втором — 105 и в третьем — опять 110. Но некоторые авторы считают, что нижняя граница нормы гемоглобина из-за гемодилуции беременных в третьем триместре 100 г/л.

Почему у беременных такой гемоглобин допустим? Потому что у беременных существует физиологическая

гемодилуция и гидремия. Организм готовится к кровопотере, объем циркулирующей крови увеличивается, а количество эритроцитов не меняется. Но среди беременных женщин есть и те, у кого будет дефицит железа. Женщине нужно 1200 мг для того, чтобы компенсировать все то, что в ней зарождается. Во втором триместре потребности железа максимальны. Начать компенсировать дефицит железа надо именно в этот период. Ребенок набирает железо в третьем триместре, и если он недополучил, то такие дети страдают больше: и перинатальная смертность выше, и заболеваемость, и риски задержки развития плода. Дальше женщина рождает, она лактирует: опять большие потребности в железе.

Какой самый главный симптом у ребенка с дефицитом железа? В первую очередь он просится на ручки. Потому что у него болят ножки. Потому что икроножная мышца не удерживает его в вертикальном положении: в ней находится миоглобин, в нем — железо, а его мало. Поэтому он быстро устает. Отсюда и наша утомляемость, когда у нас дефицит железа.

Клиническая картина хорошо известна: это гипоксия, анемический синдром и специфические синдромы дефицита железа: дистрофические изменения кожи, слизистых, придатков кожи. Дефицит миоглобина — это слабость в мышцах, синдром сидеропении. У пожилых можно не заметить эти симптомы, так как они маскируются другими проявлениями болезней.

Многие учреждения, в которых вы работаете, оснащены автоматическим гематологическим анализатором. На анализ идти надо натошак. У беременных средний объем эритроцитов не является критерием дефицита железа, поскольку он зависит в том числе от того, что фолаты заканчиваются, а дефицит фолатов вызывает макроцитоз. То есть в среднем получается нормальный показатель. Биохимические показатели — повышение общей железосвязывающей способности и трансферина при беременности — тоже не показатель железodefицита, потому что эти показатели повышаются при физиологическом течении беременности. Поэтому для диагностики надо использовать более современные показатели, во-первых, ферритин. Но ферритин может быть повышен при латентной форме. Растворимые рецепторы трансферрина — высокоинформативный показатель обмена железа и может использоваться для диагностики при беременности.

Использование мультиэлементного препарата тотема в течение 1 мес. позволяет нормализовать гематологические показатели у беременных с железodefицитной анемией. Препараты железа, в частности тотема, должны использоваться длительно, не менее 3 мес., для предотвращения рецидива анемии. Для терапии препарат Тотема назначается в дозе 100 мг/сут, для профилактики — 50 мг/сут. Неуспешность в терапии может быть из-за занижения дозы, или если пациент не сотрудничает с вами, например, не информирует вас о том, что он не принимает препарат. Могут быть нарушения всасывания из-за поражения слизистой кишечника.

Комментарий П.А. Воробьева: Большая часть «анемий» у беременных — это гемодилуция. Поэтому то, что ВОЗ предлагает назначать препараты железа всем, неверно. Если вы ставите диагноз «дефицит железа» и не определяете дефицит железа, то вы не имеете право назначать препараты железа. Все препараты опасны, некоторые полезны: при беременности просто так давать препараты нельзя. Никаких эффектов применения препаратов железа при беременности не существует. За исключением группы больных с железodefицитной анемией.

Второе: гематологические анализаторы запрещены для применения в клинике — это препараты для скрининга! Если вы видите патологию — обязательно пересчитывайте вручную.

Продолжение на стр. 8

Начало на стр. 7

Что касается доз препарата: все сегодня берется с потолка. Вот кто-то придумал 200 мг, так и идет. Может быть, работают и меньшие дозы. Мы не знаем.

3. О.А. Громова,
Российский Сотрудничающий Центр
Института Микроэлементов ЮНЕСКО
(Москва)

Мисконцепции в лечении железодефицитных анемий

Давайте разберем несколько заблуждений. Эта мисконцепция родилась на обществе неврологов, когда прозвучал доклад о том что, при болезни Альцгеймера нельзя лечить железодефицитную анемию. Почему родилась такая мисконцепция? Она получилась из домыслов о том, что степень атеросклероза возрастает с увеличением ферритина в сыворотке крови. Эти исследования известны. Математические корреляции ничего не доказывают.

Если есть дефицит железа, то его не надо лечить.

П.А. Воробьев (перебивает) Я прошу прощения! Насколько мне известно, у детей ровно наоборот — если дети не добрали железа, то они не добрали мозгов. Ну, может не совсем идиоты, но даже если они за год добрали нехватку железа, то через 5 лет они хуже думают, чем те, которые имели нормальное железо в первый полгода жизни.

О.А. Громова. Совершенно верно. Индексы и тесты на память, внимание ставят психиатра совершенно в другую позицию.

Это слушают фармацевтические компании и специально создают для пожилых витаминные комплексы без железа. В этом есть рациональная идея: если нет необходимости дополнять железом, если нет диагноза железодефицитной анемии, то использовать комплексы витаминно-минеральные без железа. Потребность в них есть.

Здесь возникают ножницы. Если выделить какой-нибудь признак, например уровень ферритина или уровень трансферрина, и рассматривать его в отрыве от других показателей, то мы формально встаем на какую-то позицию и перестаем замечать главное. Существуют такие важные факторы деменции, как алкоголь, курение, и недостаточная интеллектуальная повседневная нагрузка. Но и тут есть проблема: алкоголь — сильнейший фактор деменции, и также фактор развития железодефицитной анемии. Так что, лечить железодефицитную анемию у больных в старческом возрасте нельзя, а выпивать можно?! До сих пор мы не можем избавиться от заблуждения, что красное вино лечит, водки чуть-чуть тоже полезно, и, если так комично к этому подойти, то красное вино будет лечить от анемии, белое от депрессии, а водка от мороза. И все три положения являются неправдой!

У алкоголиков формируются аномальные формы трансферрина, аномальные формы ферритина, которые не могут удерживать свободное железо. А свободное железо поражает печень и головной мозг. Эта ситуация серьезна, и некогда бояться, что у пациентов с железодифицитной анемией возникнет деменция!

Некто Савериан в 2007 г. опубликовал истерический обзор. У нас в России до сих пор существует идолопоклонничество перед Западом, и мы падаем ниц и начинаем лоб расшибать об ковер. Это неправильно. Нужно анализировать работы, они бывают очень глупыми. В этой работе представлена неправда о том, что нужно полностью истощить железо для первичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний. Но вспомним здравоохранение блокадного Ленинграда: вот уж где была железодифицитная анемия. Но и количество сердечно-сосудистых заболеваний было громадное, и количество инсультов было громадное.

Еще одна мисконцепция: не важно, какое железо, главное, чтобы было железо. Вся фармакология по железу стоит на сульфате железа. Но давайте назовем сульфат железа своими словами. Если брать железный купорос — это инсектицид и краска для ткани. Это консервация древесины, это чернила для принтеров. Это очень легко получаемый материал, потому что мы

можем куски железа с крыши ободать, облить разбавленной серной кислотой и получим железный купорос. Сульфат железа — это устаревшая фармацевтическая форма. Многие борются за то, чтобы его изъять. Например, Лепяхин опубликовал сведения о безопасности лекарственных средств при беременности; в частности, написал, что многие страны запретили применение у беременных сульфата железа, потому что при передозировке, длительном курсе возникают такие побочные эффекты, как дисплазия пищевода, порок сердца. Сульфат железа вовсе не безопасен. До 2010 г. описано более 200 экспериментальных и клинических исследований по побочным эффектам сульфата железа. В основном — диспептического плана. Сульфат железа пытаются ввести в микрокапсулы для того, чтобы эвакуация была медленной, либо дозу уменьшить.

Для современной классификации железосодержащих препаратов важнее знания поколений неорганических и органических форм. Органические соли — это цитрат, глюконат, лактат, они приближены к пищевым композициям.

Еще одна мисконцепция — валентность. Иногда валентность ставится во главу угла, хотя есть переносчики и для 2-валентного, и для 3-валентного железа — на уровне желудочно-кишечного тракта есть. Менеджеры слишком выставляют валентность на первый план.

Валентность в химическом смысле — это способность образовывать определенное число химических связей с атомами других элементов. Если это соединения, образованные при помощи ионных связей, то валентность атомов определяется числом присоединенных и отданных электронов. А если в соединении с ковалентными связями, то валентность определяется числом образовавшихся общих электронных пар. В одном гинекологическом журнале 2-валентное железо было названо не восстановителем, а окислителем, а 3-валентное — восстановителем. Если раскрыть Хомченко, по которому все готовились в институт, вопросы общей химии, основы неорганической химии, станет ясно, что с незапамятных времен это все определено. Очень важно не путать — 3-валентное железо является акцептором протонов, т. е. окислителем. И восстанавливается оно до 2-валентного железа. Соответственно, 2-валентное железо является восстановителем.

Железодефицитная анемия давно не считается монодефицитным состоянием. Существует 230 белков, в которые входит железо. Если распределить белки по степени силы рукопожатия, то белок гемоглобин будет самым сильным. Он себе заберет все железо и всех остальных оттолкнет. Лактоферрины и другие белки выстраиваются дальше. Гемоглобин захватывает 2-валентное железо. Насколько многокомпонентна схема тканевого дыхания: она включает и витамин В6, и витамин РР, и витамин В5, и цинк, фолаты, витамин А, микроэлементы медь и марганец в цепочке ферментов дыхательных путей.

Мы проанализировали основные синергисты, микроэлементы, которые необходимы, для того, чтобы усваивалось железо. Иногда существуют карпидные формы, когда мы моноформами лечим и заходим в тупик, тогда очень важна медь и марганец. В марганце 22 белка, которые «обслуживают» железо по всему маршруту его оборота в организме.

При дефиците белка, в цикле которого участвует и железо, и марганец, замедляется рост эритроцитов, появляются маленькие эритроциты. При дефиците марганца возникает снижение ферментативной активности митохондрий. Усталость может быть не только по причине дефицита белка, в частности миоглобина.

Медь «обслуживает» всего 9 белков. Самые важные из них — металоредуктазы, которые восстанавливают 3-валентное в 2-валентное железо. Так что железодефицитная анемия с 30-х годов считается железо-, медь-, марганец-, цинк-дефицитной анемией.

В тотеме присутствуют и медь, и марганец. Это препарат, сбалансированный по нескольким элементам, имеющим отношение к обмену железа.

Академик Андрей Воробьев: Я — насквозь советский человек



Ньюдиамед, 2010 г. — 948 с.
ISBN 978-5-88107-081-6

Это книга о выдающемся враче, ученом и замечательном человеке академике Андрее Ивановиче Воробьеве, составленная в значительной мере из его выступлений, статей, клинических разборов, интервью, публикаций комментариев авторов-соавторов.

Читатель увидит, как пульсирует мысль, формируются непростые решения.

В книге много исторических параллелей, необычных для современности взглядов по вопросам этики и морали. Книга одинаково интересна как врачам всех специальностей, так и читателям без медицинского образования.

По вопросам приобретения обращаться:
Издательство «Ньюдиамед»
www.zdrav.net E-mail: mtpndm@dol.ru (499) 782-31-09

Оплатите счет на книгу и вышлите копию счета с почтовым адресом

ИЗВЕЩЕНИЕ	ООО «МТП Ньюдиамед» КПП 770201001 (наименование получателя платежа) 7702245220 № 40702810500000000485 (ИНН получателя платежа) (номер счета получателя платежа)
	в АКБ «СТРАТЕГИЯ» (ОАО) (наименование банка получателя платежа) БИК 044579505 № 30101810000000000505 (номер кор.с банка получателя платежа)
Плательщик: _____ (ФИО и адрес плательщика)	
Назначение платежа: За книгу «Я-насквозь советский человек» (с НДС-18%) Сумма платежа: 3000 руб. 00 коп.	
Кассир _____	Плательщик: _____ Дата: _____ 2011 года
КВИТАНЦИЯ	«МТП Ньюдиамед» КПП 770201001 (наименование получателя платежа) 7702245220 № 40702810500000000485 (ИНН получателя платежа) (номер счета получателя платежа)
	в АКБ «СТРАТЕГИЯ» (ОАО) (наименование банка получателя платежа) БИК 044579505 № 30101810000000000505 (номер кор.с банка получателя платежа)
Плательщик: _____ (ФИО и адрес плательщика)	
Назначение платежа: За книгу «Я-насквозь советский человек» (с НДС-18%) Сумма платежа: 3000 руб. 00 коп.	
Кассир _____	Плательщик: _____ Дата: _____ 2011 года

Вестник МГНОТ. Тираж 7000 экз.

Свидетельство о регистрации ПИ № ФС77-19100 от 07 декабря 2004 г.

РЕДАКЦИЯ: Главный редактор П.А. Воробьев

Редакционная коллегия: А.В. Власова (ответственный секретарь), А.И. Воробьев, В.А. Буланова (зав. редакцией), Е.Н. Кочина, Л.А. Положенкова, Т.В. Шишкова, Л.И. Цветкова, В.В. Власов, О.В. Борисенко

Редакционный совет: Воробьев А.И. (председатель редакционного совета), Ардашев В.Н., Беленков Ю.Н., Белоусов Ю.Б., Богомолов Б.П., Бокарев И.Н., Бурков С.Г., Бурцев В.И., Васильева Е.Ю., Галкин В.А., Глезер М.Г., Гогин Е.Е., Голиков А.П., Губина Д.И., Гусева Н.Г., Дворецкий Л.И., Емельяненко В.М., Зайратьянц О.В., Заславская Р.М., Иванов Г.Г., Ивашкин В.Т., Кактурский Л.В., Калинин А.В., Калыев А.В., Кложев В.М., Комаров Ф.И., Лазебник Л.Б., Лысенко Л.В., Маколкин В.И., Моисеев В.С., Мухин Н.А., Насонов Е.Л., Насонова В.А., Ноников В.Е., Палеев Н.Р., Пальцев М.А., Парфенов В.А., Погочева А.В., Покровский А.В., Покровский В.И., Потехин Н.П., Раков А.Л., Савенков М.П., Савченко В.Г., Сандриков В.А., Симоненко В.Б., Синопальников А.И., Смоленский В.С., Сыркин А.Л., Тюрин В.П., Хазанов А.И., Цурко В.В., Чазов Е.И., Чучалин А.Г., Шпектор А.В., Ющук Н.Д., Яковлев В.Б.

Газета распространяется среди членов Московского городского научного общества терапевтов бесплатно

Адрес: Москва, 115446, Коломенский пр., 4, а/я 2, МТП «Ньюдиамед»

Телефон 8-499-782-31-09, e-mail: mtpndm@dol.ru www.zdrav.net

Отдел рекламы: директор по маркетингу Г.С. Рихард (495) 729-97-38

При перепечатке материала ссылка на Вестник МГНОТ обязательна.

За рекламную информацию редакция ответственности не несет.

Рекламная информация обозначена ⚡

Внимание! В адресе корреспонденции обязательно указание МТП «Ньюдиамед»!