



## ПРЯМАЯ РЕЧЬ

К теме лицензирования и аккредитации надо возвращаться постоянно. Отслеживание и анализ работ по клинической эпидемиологии начался довольно давно. В основу лег анализ свыше 3000 публикаций по DRG (диагностические родственные группы) и изучение опыта их разработки в США. Попытка создания в России DRG, алгоритмов, была предпринята нами в Горьковской областной больнице в 1984–85 гг. Ничего хорошего из нашей инициативы не вышло, поскольку в основе однородных групп, средних сроков госпитализации в DRG лежит сходство технологий и однотипность затрат, а у нас ничего за средними сроками госпитализаций не подразумевается.

Проводилось изучение работ по созданию ИСО различных серий 9000 и 10000, т. е. стандартизации, в том числе в качестве национального координатора в европейском проекте SOMAQ по качеству стационарной помощи, проводимом СВО (Утрехт) в 1989–90 гг., и BIOMED (1991–1994) — Evert Reerink, Nik Klazinga, Szymir Cusich. Изучался и опыт создания аналитических обзоров по клиническим проблемам и применению методов метаанализа. Много дало знакомство с Яном Калмером в 1991 г., показавшим мне на примере перинатальных состояний потрясающую систему метаанализа и принятия решений. Воодушевленный, с кучей материалов, я пришел с ними к главному акушеру-гинекологу И.М. Савельевой. Но мой пыл не разделили, у неонатологов — тот же результат.

Тем не менее был продолжен анализ работ по ЕВМ и перевод их на русский. С 1993 г. началась разработка системы обеспечения качества в рамках Комиссии Гор — Черномырдин в двух территории: Тверская и Тульская области. Тульскую область взяли для решения проблем качества первичной медико-санитарной помощи, а Тверскую — помощи новорожденным с респираторным дистресс-синдромом и женщин с гестозом. Когда первая бригада американских специалистов приехала в Тверь, они были просто поражены и заявили, что не понимают, как наши женщины вообще выживают. Женщинам с поздним гестозом назначали по 12 препаратов, в том числе антибиотики на всякий случай и все — во вред женщине. А нужен всего один дешевый препарат.

Много было совместной работы с ANCR, AINA, Университетской корпорацией США, Университетом Дьюка. Анализировали классические работы по качеству (Уолтер Шухарт, Уильям Эдвард Деминг, Каору Исикава, Генри Нив, Аведис Донабедиан, Ханну Вуори, Ян Чалмерс, Джозеф Джуран и др.). Сотрудники института выступали с докладом на Европейской конференции по качеству (Маастрихт, 1994), провели I Всероссийскую конференцию по обеспечению качества медицинской помощи в 1994 г., создали Сотруднический центр ВОЗ в России, стали членами Всемирного (ISQua) и Европейского общества по качеству медицинской помощи. Провели совместно с Дж. Айзенбергом международную конференцию AINA по обеспечению качества в Вашингтоне в 1998 г. Методологию по аккредитации больниц JCAHO сами изучали в Чикаго, международный опыт разработки систем качества, клинических рекомендаций, стандартов, протоколов и т. д. (NICE, SIGN, AHRQ, SBU, NZGG и др.) — в 2000–2006 гг. Потом сами учили — проводили циклы обучения (1998–99) при поддержке AINA по качеству в регионах РФ. В 2004 г. подготовили руководство по обеспечению качества медицинской помощи. В качестве международного эксперта Евросоюза я поработал в проекте «Развитие медицинских стандартов на Украине» (2005–2006).

Качество медицинской помощи — это совокупность характеристик, подтверждающих соответствие оказанной медицинской помощи имеющимся потребностям пациента (населения), его ожиданиям, современному

уровню медицинской науки и технологии. Вот абсолютно необходимые характеристики: адекватность (appropriateness), доступность (availability), преемственность и непрерывность (continuity), действенность

## Лицензирование и аккредитация как инструменты обеспечения качества медицинской помощи (международный опыт)



Ю.М. Комаров, д. м. н., профессор, заслуженный деятель науки РФ, действительный член ВОК, ISQua, EQuiP (Международное и Европейское общества по обеспечению качества медицинской помощи)

(efficacy), результативность (effectiveness), безопасность (safety), своевременность (timeliness), удовлетворенность потребности и ожидания (satisfaction), стабильность процесса и результата (stability), постоянное совершенствование и улучшение (improvement). Если что-то из этого списка выпадает — о качестве говорить бессмысленно. Я хотел бы обратить ваше внимание на результативность — effectiveness, у нас его часто неправильно переводят как эффективность, а эффективность — это соотношение между результатами и затратами.

Мы придавали и придаем оценке качества очень большое значение, но напрасно. При оценке мы занимаемся контролем и аудитом, экспертизой и надзором. Оценка должна, конечно же, вестись через стандарты. Основная задача экспертизы качества медицинской помощи состоит в выявлении и анализе ошибок (в широком смысле этого понятия) для разработки мер по устранению причин, предупреждения их повторения, клонирования и тем самым для повышения качества медицинской помощи населению. Но главное не это.

Весь мир уже давно ушел от этого, проскочив быстро этот этап и не закликаясь на нем, и вышел на проблемы обеспечения качества и управления им. В Великобритании для оценки доступности медицинской помощи используются следующие индикаторы качества (на каждый индикатор есть стандарт!):

- Продолжительность ожидания плановой операции;
- Соотношение пациентов, ожидающих операцию и госпитализированных;
- Ожидание плановой операции свыше 6 и 12 мес.;

- Частота отмены операции;
- Задержка выписки;
- Ожидание приема амбулаторными пациентами;
- Ожидание скорой помощи и БИТ;
- Ожидание пациентами ИБС коронарографии, реваскуляризации;
- Ожидание онкологическими больными начала лечения от момента постановки диагноза.

А вот фрагмент профиля из 26 индикаторов качества ведения амбулаторных пациентов («оплата по выполнению») в США (на каждый индикатор есть стандарт!):

## ПРОФИЛАКТИКА

1. Скрининг рака молочной железы
  - Доля женщин, которым проведена маммография в течение текущего или предшествующего годов
2. Скрининг рака толстой кишки
  - Доля взрослых, у которых выполнено, по крайней мере, 1 или более исследований:
    - Исследование кала на скрытую кровь в течение года
    - Сигмоскопия — в течение года или 4 предшествующих
    - Ирригоскопия — в течение года или 4 предшествующих
    - Колоноскопия — в течение года или 5 предшествовавших

Продолжение на стр. 2

## Оплатите доставку Вам газеты

Дорогие друзья!  
Экономическая ситуация в стране не могла не сказаться на выходе нашей газеты. Мы вынуждены уменьшить объемы и тиражи. Одной из самых затратных статей расходов является доставка газеты адресату. На 2012 год мы планируем рассылать газету 1 раз в месяц. Убедительно просим вас оплатить доставку газеты за год в сумме 500 рублей. Оплатить можно в любом банке. В документе нужно указать фамилию, имя, отчество полностью, подробный почтовый адрес доставки газеты с индексом. Сохраняйте копию квитанции для контроля! Бесплатная рассылка сохраняется для членов МГНОТ, оплативших членские взносы в установленном порядке. Если по какой-либо причине Вы не можете оплатить доставку, напишите, пожалуйста, в редакцию письмо с просьбой-обоснованием по адресу: 115446, Москва, а/я 2, МТП НЬЮДИАМЕД  
Просим вас при желании в 2012 г. получать газету оплатить ее доставку.  
С полной версией газеты, и значительно оперативнее, вы можете ознакомиться по адресу в Интернете <http://zdrav.net/terobsh/vestnik/archive>

Редакция Вестника МГНОТ

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.сч. Банка получателя платежа)
Плательщик:	(ФИО и адрес плательщика)
Назначение платежа:	За годовую рассылку газеты «Московский доктор» 2012 г. (без НДС)
Кассир	Сумма платежа: 500 руб. 00 коп. Плательщик: (подпись) Дата: 2012 года
КВИТАНЦИЯ	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.сч. Банка получателя платежа)
Плательщик:	(ФИО и адрес плательщика)
Назначение платежа:	За годовую рассылку газеты «Московский доктор» 2012 г. (без НДС)
Кассир	Сумма платежа: 500 руб. 00 коп. Плательщик: (подпись) Дата: 2012 года

## ИнтерНьюс

### В США 38 миллионов человек страдают запойным пьянством

По подсчетам американских экспертов, около 17% взрослого населения США страдает от запоя. По информации американских Центров контроля и профилактики заболеваний (CDC), в стране насчитывается более 38 миллионов человек, которые употребляют алкоголь запоями. Специалисты считают, что в США со злоупотребления спиртным происходит около 80 тысяч смертей в год. Эксперты связывают с пьянством 54 вида заболеваний и травм, в том числе полученных в результате автомобильных аварий или насильственных действий. Критерием запойного пьянства CDC считает пять и более порций спиртного, выпитых за два часа, для мужчин, четыре и более — для женщин. Стандартная порция алкоголя составляет 18 миллилитров чистого спирта: столько этанола содержится в 350 миллилитрах пива, 150 миллилитрах вина или 44 миллилитрах напитка крепостью 40 градусов. Каждый шестой взрослый американец устраивает четыре таких запоя в месяц. При этом, согласно отчету CDC, большинство из таких людей не страдают алкоголизмом. Наибольшее число запойных пьяниц насчитывается среди американцев возрастной группы от 18 до 34 лет. Страдают запоями и пожилые жители США, которые напиваются в среднем от пяти до шести раз в течение месяца. По данным CDC, запойное пьянство наиболее распространено в штатах Среднего Запада и Новой Англии, а также на Аляске и Гавайях. В Висконсине запоями страдает более четверти населения штата.

Источник: <http://www.cdc.gov>

### Хотите лечиться — сначала похудейте и бросьте курить

Великобритания по рационализации системы здравоохранения оставляет весь мир позади: обложением налогами вредной еды и пластической хирургии дело не ограничилось. Теперь пациенты в Хартфордшире должны в обязательном порядке сбросить вес и бросить курить, если хотят попасть в список ожидания на операции по замене бедренного сустава и удалению желчного пузыря. Идея ввести подобные ограничения принадлежит экспертам, утверждающим, что исход операций на людях с лишним весом не всегда благоприятен, и эти риски нужно снизить. Доктор Тони Костик связывает также хороший результат операции под общим наркозом с отказом от сигарет. У тучных курильщиков большая вероятность развития проблем с дыханием, заражения, возникновения осложнений со стороны сердца, почек, легких. Они чаще рискуют умереть от анестезии и дольше восстанавливаются после операции. Именно эта закономерность заставила ввести новые правила. Правда, они не коснутся пациентов, которым требуется проведение экстренной операции. Против инициативы уже высказались Национальный институт здравоохранения и клинического совершенства и Королевский колледж хирургов.

Источник: <http://www.telegraph.co.uk>

### Каждый шестой техасский студент пробовал играть «в удавку»

Почти каждый шестой студент в американском штате Техас пробовал играть «в удавку» (Choking Game) — ограничение притока крови к мозгу с целью достижения эйфории. Такие данные получены в результате опроса, проведенного сотрудниками Исследовательского института жертв преступлений при Государственном университете Сэма Хьюстона. При игре «в удавку», известной также как «обморочная игра» (Fainting Game), «отключка» (Pass Out) и «космическая обезьяна» (Space Monkey), человек вызывает у себя легкое удушье путем сдавливания шеи веревкой, дыхания в пластиковый пакет или другими способами. Результатом кислородного голодания мозга становятся головокружение и чувство эйфории. Игра может быть коллективной или индивидуальной. Такая забава весьма опасна — продолжительное нахождение мозга на «голодном пайке» может привести к его необратимым повреждениям. Иногда игра приводит к смерти. В ходе опроса 837 студентов были получены следующие данные. 16% из них хотя бы раз пробовали играть «в удавку», причем мужчины — чаще женщин. 72% от этого числа душили себя неоднократно. Средний возраст знакомства с опасной игрой составил 14 лет. В большинстве случаев первый опыт приобретался в компании сверстников. Наиболее часто новичками двигало любопытство к ощущениям от удушья. Тех, кто не пробовал играть «в удавку», в большинстве случаев отпугивало знание об опасности этой игры. «Мы надеемся, что полученные результаты помогут родителям, школам и общественным организациям предупредить детей об опасностях игры «в удавку», — заявил директор Исследовательского института жертв преступлений Глен Керчер.

Источник: [EurekAlert!](http://EurekAlert!)

Начало на стр. 1

3. Скрининг рака шейки матки
  - Доля женщин, которым выполнен по крайней мере 1 или более мазков на онкоцитологию в течение года или предшествующих 2 лет
4. Табакокурение
  - Доля взрослых, с которыми проведена беседа о курении 1 или 2 раза в течение последних 2 лет
5. Отказ от курения
  - Доля пациентов, которые отказались от курения
6. Вакцинация против гриппа
  - Доля пациентов в возрасте 50–64 лет, которые вакцинированы против гриппа
7. Пневмония
  - Доля пациентов, которые получили противопневмококковую вакцину
- Ишемическая болезнь сердца
  8. Назначение гиполипидемических препаратов
    - Доля пациентов с ИБС, которым назначена гиполипидемическая терапия на основании клинических рекомендаций АКА
  9. Назначение β-блокаторов после острого коронарного синдрома
    - Доля пациентов, перенесших инфаркт миокарда, которым прописаны β-блокаторы в течение 7 дней после выписки
  10. Назначение β-блокаторов после инфаркта миокарда
    - Доля пациентов, перенесших инфаркт миокарда, которые получают постоянную терапию β-блокаторами в течение 6 месяцев после выписки.

Вот в чем разница между стандартом и индикатором: индикатор качества помощи — это ретроспективно измеряемый элемент оценки медицинской помощи, относительно которого имеются доказательства или признанное мнение, что его изменение связано с качеством помощи. Например, доля больных с АД >160/90 мм рт. ст. которым проведено повторное измерение АД в течение 3 месяцев. Стандарт — это степень соответствия индикатору или критерию оценки. Например, минимум у 90% больных с АД выше 160/90 мм рт. ст. должны быть проведены повторные измерения АД в течение 3 месяцев.

Мировые тенденции — от оценки качества к его обеспечению и управлению им. Оценить не значит улучшить качество. Обеспечить должный уровень качества — более сложная задача, требующая выбора адекватной и безопасной для пациента технологии, создания необходимых по количеству и качеству условий работы и всех видов ресурсов.

Для обеспечения качества применяются 2 типа технологий: организационные (применение адекватных и доказанных клинико-организационных технологий, основанных на принципах доказательной медицины и международных стандартах ИСО серии 9000) и клинические технологии. Тут основа — доказательная медицина — это принципиально новая технология сбора, анализа, синтеза и использования медицинской информации, позволяющая принимать оптимальные клинические решения.

Бурный рост числа клинических исследований в последние десятилетия, развитие новых медицинских технологий и систематический рост затрат на медицину (каждая последующая технология всегда дороже предыдущей) вызвала к жизни новую фундаментальную дисциплину — клиническую эпидемиологию, составившую методическую основу для доказательной медицины. Развивались информационные технологии и новые подходы к решению проблем поиска и распространения информации. Появились клинические рекомендации (clinical practice guidelines) — утвержденные, разработанные с помощью определенной методологии и призванные помочь врачу и больному принять решение о рациональной помощи в различных клинических ситуациях. Клинические рекомендации — это оптимальное ведение групп пациентов, соответствующее их потребностям.

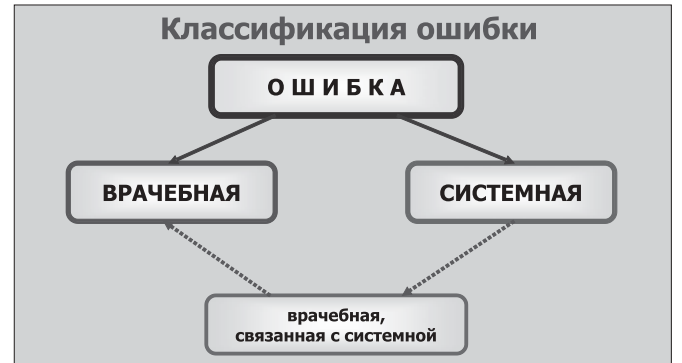
Не выдерживают никакой критики и не являются доказанными мировой практикой гипербарическая оксигенация, иридодиагностика, применение пищевых добавок и т. д. А разрекламированное ранее применение лидокаина для уменьшения риска фибрилляции желудочков в первые двое суток острого инфаркта миокарда оказалось недоказанным и приводило к росту летальности. В результате в новом издании «Болезни сердца» авторы признали использование лидокаина ошибочным и даже вредным. Аналогичная история недавно произошла с арбидолом, который Минздравсоцразвития продвигал на рынок в качестве противовирусного средства, а оказалось, что это простой общеукрепляющий препарат с недоказанным эффектом.

В международной практике клинические рекомендации — это рекомендательный документ, служащий информационной поддержкой для врача и пациента относительно наилучшей медицинской практики, результативность которой научно доказана. Они основываются на систематизированных обзорах (рандомизированных) клинических исследований и имеют определенную градацию по силе доказательства. В них представлена «эталонная» медицинская практика по диагностике и лечению конкретных заболеваний. Стандарт — это нормативный документ, регламентирующий набор правил, норм и требований к объекту стандартизации, утвержденный компетентным органом. «Стандарт» качества (Quality Standard of Health Care) — реально достижимый и нормативно утвержденный на определенный период времени уровень медицинской помощи.

Вы не задумывались над тем, почему значение лидера в здравоохранении в целом и в обеспечении качества медицинской помощи, в частности, сейчас важно как никогда ранее? Этого можно добиться только путем реализации принципа «работа в команде», но в любой команде, как и в любом деле, обязательно проявляются лидеры (формальные

или неформальные). Римское право: главный его вопрос «Кому выгодно?». Он актуален сегодня, как и тогда.

Закон Аквилы: «Врачебная ошибка — это неопытность, неосторожность и неокончание медицинского помощи». Не будет никакой врач сознательно, намеренно вредить больному. Ошибки возникают либо в результате низкого уровня знаний, либо в результате неопытности, халатности. Эта проблема изучается со времен Гиппократов. В нашей стране ей уделяли большое внимание Пирогов, Боткин, Спасокукоцкий, Вересаев, Давыдовский, Эльштейн и др. Н.И. Пирогов подчеркивал значимость критического отношения врачей к своим ошибкам с тем, чтобы не повторять их. Одним из принципов Л.Дж. Питера является следующее: «...чтобы избежать ошибок, нужно набираться опыта, а чтобы набраться опыта, нужно делать ошибки». В Древней Греции писали: «Врач имеет право на ошибку». Ошибка врача ненаказуема, если она допущена непреднамеренно.



В Индии врачебная ошибка каралась денежным штрафом в зависимости от знатности и кастовой принадлежности пострадавшего пациента. В некоторых странах Азии и в России до XVII века за допущенную врачебную ошибку применялась смертная казнь. Из царского указа: «буде из них кто нарочно или не нарочно кого уморят, а про то същется, им быть казненными смертью».

В известной в современном мире книге «Выход из кризиса» У.Э. Деминг утверждает, что ошибки работника и ошибки системы соотносятся как 1:15. Следовательно, в структуре медицинских ошибок следует ожидать 94% ошибок системы. Предварительные исследования показали, что различные врачебные ошибки встречались у 3–4% пациентов, а при оказании интенсивной помощи — не менее 2 ошибок в день, 20% которых приводили к тяжелым последствиям и фатальным исходам. Только в больницах предотвратимые ошибки могли бы снизить затраты на 2 млрд долл. Обследование больниц в штате Нью-Йорк показало, что 30% случаев смерти были обусловлены ошибками в медикаментозных назначениях.

Все это побудило Институт медицины США провести углубленное исследование проблемы и оценить ее последствия. Доклад Института медицины США 30.11.99 о результатах показал: в США ежегодно от врачебных ошибок погибает от 44 до 98 тыс. пациентов (8-я причина смерти). От СПИДа погибает в 4,5 раза меньше, от рака груди — в 2,5 раза, в ДТП — в 2 раза. Ежегодные экономические потери составили 38 млрд долл. (это почти весь наш федеральный бюджет), в том числе вследствие предотвратимых врачебных ошибок от 17 до 29 млрд долл. в год.

После этого доклада всего через неделю состоялось выступление Президента США в Конгрессе по поводу врачебных ошибок, которое закончилось поручением созданной при Президенте США в 1997 г. Комиссии по качеству медицинской помощи и потреблению снизить предотвратимые врачебные ошибки на 50% в течение 5 лет.

Устранение предотвратимых ошибок в больницах снижает стоимость стационарной помощи на 2 млрд долл. Отчет «Качество и безопасность в здравоохранении» на основе анализа 50 тыс. жалоб на ВОП показал, что в 23% они обусловлены врачебными ошибками, приведшими в 3% случаев к летальным исходам. По данным National Academy for State Health Policy, к концу 2004 г. в 22 штатах были созданы системы слежения и анализа врачебных ошибок. Намеченная цель снижения в 2 раза частоты предотвратимых врачебных ошибок была достигнута.

Комиссар Европейского Союза (ЕС) по вопросам здравоохранения А. Василиу сообщила в 2009 г., что каждый год в суды поступают 10 тыс. жалоб, в которых в 52% случаев определяются врачебные ошибки, на 25% связанные с хирургическими вмешательствами, на 10% — с послеоперационным лечением и диагностикой. В год в больницах стран ЕС из-за медицинских ошибок страдают 15 млн чел. Если в целом по ЕС каждый десятый случай лечения наносит ущерб пациентам, то в Германии доля врачебных ошибок ничтожно мала — всего 0,35% от числа обращений к врачам. В Канаде из-за врачебных ошибок (2004–06 гг.) и их осложнений дополнительно требуется 1,1 млн койко-дней, а 24 тыс. пациентов ежегодно погибает из-за неэффективного лечения. В Британии и Финляндии врачи назначали препараты со множеством противопоказаний. В Италии ведется следствия против 4 тыс. врачей. Имеются и другие примеры: Англия — законодательством предусматривается ответственность за врачебную ошибку в судебном порядке в зависимости от размеров ущерба и вреда здоровью пациента.

Только в одной больнице в г. Стафффорд за 3 года из-за халатности врачей погибло почти 1200 пациентов. Отношение всего медперсонала к больным было отвратительным. В дело вмешался премьер-министр Г. Браун. Бывший директор фонда страхования в Стаффорде Martin Yeates, финансировавший эту больницу, получил от фонда незаконно 400 000 фунтов стерлингов.

Продолжение на стр. 3

Начало на стр. 1, 2 ↗

В самой большой земле Германии — Северный Рейн-Вестфалия (9 млн жителей, 50 тыс. врачей) в 1975 г. в соответствии с земельным законом о врачебных профессиях была создана Комиссия по врачебным ошибкам для выяснения претензий, проведения объективной экспертизы, выявления причин и принятия решений. Председатель Комиссии — судья на пенсии, 8 юристов и 79 врачей. Выделено бюро Комиссии из юриста и 4 врачей, которые работают с документами и не встречаются с пациентами. В результате 90% всех проблем решаются на досудебном уровне и только 10% дел передают в суд. На досудебном уровне в Европе решается большинство возникающих проблем. Профессиональная ответственность врача страхуется либо учреждением, либо больничной кассой. В США — деликатная система с судом присяжных и определением виновности или невиновности врача. Врач сам себя боится от возможных судебных исков.

В России масштабных исследований не проводилось, но, судя по отелным публикациям и судебным искам, их у нас никак не меньше. Исследования в 70-х годах показали, что участковый терапевт допускает ошибки с каждым вторым пациентом, а объем его знаний тогда был недостаточным. Проведенное с нашим участием исследование работы акушеров-гинекологов показало, что ими допускаются немало ошибок диагностического и лечебного характера, они не всегда владеют нужными навыками в работе, а если и владеют, то не всегда их применяют, что приводит к тяжелым последствиям и требует улучшения качества их подготовки. В.Ф. Чавпечов классифицирует врачебные ошибки в зависимости от их последствий для здоровья пациентов, что легло в основу разработанной им специальной компьютерной системы.

Важнейшая системная ошибка: низкая оплата труда врачей в государственном секторе здравоохранения. Две крупнейшие надсистемные ошибки: непризнание врача субъектом права и отнесение здравоохранения к сфере услуг. Величайшей врачебной ошибкой, связанной с системной ошибкой, является коммерциализация — медицинская помощь трансформируется в медицинский бизнес.

А. Донабедиан, великий человек, основоположник учения о качестве медицинской помощи: «Качество медицинской помощи определяется использованием медицинской науки и технологии с наибольшей пользой для здоровья человека, при этом без увеличения риска. Уровень качества, таким образом — это степень достижения вышеупомянутого баланса пользы и риска» (1980). Донабедиановские центры обеспечения качества созданы в Париже (Александра Жиро), Барселоне (Роза Суньол) и в других странах.

Лицензия — специальное разрешение на осуществление конкретного вида деятельности, выданное уполномоченным на то органом. Поскольку деятельность осуществляют не столько учреждениями (здания, площади, оснащение и т. д.), сколько людьми, в них работающими (в нашем случае — врачами), то они, в основном, и должны получать разрешение на деятельность, без привязки к какому-либо конкретному медицинскому учреждению. Лицензия продлевается профессиональной врачебной организацией. Для этого врач должен набрать определенное число баллов. В Германии нужно набрать 50 баллов в год, а за 5 лет — 250 баллов (обучение — 45 мин. — 1 балл, публикации, участие в конференциях и семинарах, доклады и т. д.). Но перед этим Немецкая врачебная палата определяет раз и навсегда квалификацию специалиста. В США за 3 года нужно набрать 150 баллов. В разных странах лицензию нужно подтверждать в срок от 1 до 5 лет, оптимально — через 3 года, т. к. именно за этот период обновляется медицинская информация. Для подтверждения лицензии врач должен:

- доказать, что он владеет всей информацией по проблеме и знает о новых, доказанных и разрешенных клинических методах, а также применяет их на практике;
- иметь сертификат специалиста, подтверждающий его обучение на курсах усовершенствования, сертификаты участия в профессиональных мероприятиях;
- предоставить документ об образовании и справку о физическом и психическом здоровье.

Диплом — это лишь документ, подтверждающий у врача наличие высшего базового образования. Аттестация при этом не нужна. Не может быть врач какой-то категории, он либо имеет лицензию и работает, либо не имеет ее. Таким образом, лицензия выдается на определенный период и может действовать в пределах одной территории (в США — в пределах одного штата). У нас в стране лицензию на деятельность получает медицинское учреждение, что противоречит любой логике. Больница имела разрешение на производство аппендэктомии, а врач, ее делавший, уволился. Больных туда продолжают направлять. Кто в ответе? Врача без лицензии защищать трудно, трудно и страховать его профессиональную деятельность. Врач без лицензии — пациент без гарантии. С 2011 г. лицензирование медицинской и фармацевтической деятельности, производства и технического обслуживания медтехники, а также лицензирование медицинских учреждений будет отменено. Вместо него вводится уведомительный порядок и упрощенная процедура получения разрешительных документов. Ясно, что от этого могут выиграть ЛПУ, но как это повлияет на качество медицинской помощи и лучше ли от этого будет пациентам?

Если лицензия только для ЛПУ, у врачей нет стимула, а нередко и возможностей для систематического пополнения знаний. К этому можно добавить потребительское отношение к врачам в нашем обществе, что обуславливает и престиж профессии, и ее оплату. На слайде показан рейтинг специальностей по материалам Фонда общественного мнения и журнала Wall Street.

Престиж профессий (100-балльная система оценок)		
Профессии	США	Россия
ученые	100	4
врачи	50	10
бизнесмены	30	100
юристы	8	50
банкиры	7	23
преступные авторитеты	0,05	20
проститутки	0,05	8

Аккредитация — определение соответствия конкретного медицинского учреждения установленным стандартам или критериям. Фактически аккредитация — это проверка работы медицинского учреждения на соответствие установленным требованиям с тем, чтобы врач, имеющий лицензию, мог нормально работать. В разных странах используют неодинаковые критерии, но все они направлены на улучшение условий для обеспечения должного качества медицинской помощи. Развитие аккредитации в здравоохранении началось в 1910 г.: врач Э. Кодман (США) предложил оценить результаты системы больничной стандартизации. В 1913 г. основан американский колледж хирургов (АКХ). В 1917 г. — АКХ разработал стандарты для больниц. В 1918 г. — начало проверки больниц по этим стандартам, 13% из них им соответствовали. В 1926 г. вышло первое руководство по аккредитации (США). В 1951 г. АМА, КМА, Американская больничная ассоциация создали объединенную комиссию по аккредитации (ОКА), в 1953 г. ОКА представила вариант стандартов для аккредитации больниц. В 1959 г. КМА вышла из ОКА и создала собственную аккредитационную организацию. Сейчас ОКА — лидирующая в мире организация. Только в США ее оценочными программами охвачены 20 000 медицинских организаций. Наиболее распространенными и признаваемыми в мире являются аккредитационные системы Канады (Канадский совет по аккредитации служб здравоохранения) и США (Объединенная комиссия по международной аккредитации учреждений здравоохранения). Аккредитация является добровольной и осуществляется в 2 этапа: самооценка учреждения и внешняя экспертиза условий работы. При этом, как правило, проводятся специальные социологические исследования, опрашиваются пациенты и медицинские работники.

## ИнтерНьюс

### В Швейцарии построят деревню для пациентов с болезнью Альцгеймера

В Швейцарии разработана новая схема помощи пожилым больным, страдающим болезнью Альцгеймера и другими видами деменции. Для постоянного пребывания таких пациентов планируется построить новую деревню, воссоздающую атмосферу их жизни в молодости. Место для поселения выбрано по соседству с деревней Видлисбах неподалеку от Берна. Там планируется построить 23 дома в стиле 1950-х годов с характерными для этого времени палисадниками. В домах смогут разместиться 150 резидентов. По замыслу создателей, пожилые пациенты будут иметь полную свободу передвижений внутри деревни. Единственное, что им не дадут сделать — это выйти за пределы населенного пункта. Чтобы сделать атмосферу нормальной жизни более убедительной, ухаживающий за больными персонал будет одет как продавцы, садовники и парикмахеры. Как пояснил автор идеи предприниматель Маркус Вётглин, жизнь в такой деревне должна повысить у пациентов чувство безопасности — при деменции люди с трудом вспоминают недавние события, а прошлое, как правило, помнят хорошо. «Такое окружение приносит им комфорт. Я называю это путешествием назад во времени», — заявил Вётглин. Стоимость проекта оценивается в 20 миллионов евро. Сколько будет стоить пребывание пациента в деревне-санатории, не сообщается. Перед тем как начать работу над своим проектом, Вётглин посетил нидерландский приют для больных деменцией Hogewe, открытый в пригороде Амстердама в 2009 году. В этом учреждении за пять тысяч евро в месяц пациентам также создают комфортные для их восприятия иллюзии. «Люди с деменцией зачастую беспокойны и агрессивны, однако в Hogewe они расслаблены и довольны», — поделился своими впечатлениями швейцарец. Замысел Вётглина уже вызвал недовольство ряда соотечественников — специалистов по гериатрической помощи. Так, директор дома престарелых Sonneweid Михаэль Шмидер заявил, что считает воссоздание атмосферы 1950-х годов неоправданной, поскольку это — «попытка подделать нормальность, которой у людей с деменцией нет». Он подчеркнул, что его собственные пациенты живут в достатке «здесь и сейчас, а не когда-то тогда». Недоброжелатели уже прозвали будущую деревню «Деменциявилль». Тем не менее, Швейцарская ассоциация болезни Альцгеймера поддержала проект Вётглина. Как пояснила ее представитель Биргитта Мартенссон, болезнь имеет несколько стадий, что требует различных видов помощи. Деревню для пациентов она назвала «хорошим решением» при поздних стадиях заболевания.

Источник: <http://medportal.ru>

### Американкам посоветовали реже проверяться на остеопороз

Американские ученые посоветовали пожилым женщинам реже проходить исследование плотности костной ткани для диагностики остеопороза. Соответствующие рекомендации американкам дали на основании результатов исследования, проведенного группой специалистов под руководством Маргарет Гурлэй из Университета Северной Каролины. Гурлэй и ее коллеги проанализировали данные почти пяти тысяч женщин в возрасте старше 67 лет. В течение 15 лет у всех участниц исследования костную плотность оценивали минимум дважды, а некоторые из женщин проходили также обследование пять раз. Минеральную плотность костной ткани оценивают с помощью двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии (dual-emission X-ray absorptiometry, DXA). Этот метод заключается в измерении оптической плотности (денситометрии) костей двумя потоками рентгеновских лучей с низкой дозой радиации. Низкая плотность ткани свидетельствует об остеопорозе. Исследователи сравнивали так называемый Т-показатель денситометрии костей у женщин. Он представляет собой отношение количества костной массы у обследуемого к пиковому значению этого показателя у здорового взрослого того же пола. Нормальный Т-показатель составляет -1, при остеопорозе его значение опускается ниже -2,5. По результатам исследования участниц разделили на группы в соответствии с риском остеопороза. В группу высокого риска попали женщины с Т-показателем от -2,49 до -2; среднего риска — от -1,99 до -1,5; низкому риску соответствовали значения от -1,49 до -1,01. После этого авторы работы оценили вероятное время развития остеопороза в каждой группе. Ученые пришли к выводу, что в первой группе заболевание проявится в среднем через 1,1 года после обследования, во второй — через 5 лет, в третьей — через 15 лет. В связи с этим они рекомендовали врачам назначать ежегодную денситометрию только при низких значениях Т-показателя. Исследователи отметили, что благодаря этому пожилым женщинам удастся избежать лишней лучевой нагрузки.

Источник: [EurekAlert](http://EurekAlert)

Уважаемые коллеги! Приглашаем Вас, принять участие в

**Пленуме Межрегиональной общественной организации «Общество фармакоэкономических исследований»,** который будет проходить 23—27 апреля 2012 г. в рамках XIX Всероссийского конгресса «Человек и лекарство».

#### ПРОГРАММА

26 апреля 2012 года 09.00—12.00 РАГС, корпус 2, зал 5

Сопредседатели: Воробьев П.А., Хаджидис А.К.

1. Воробьев П.А. (Москва) Экономика профилактики тромбозов.
2. Хаджидис А.К. (Санкт-Петербург) Лекарство и продолжительность жизни
3. Елисеева Е.В., Кондрашова Д.В. (Владивосток) Обоснование лекарственного обеспечения специализированной помощи при ожоговой травме.
4. Краснова Л.С. (Москва) «Клинико-экономический анализ эффективности использования подгузников Моликар Премиум экстрасофт для профилактики развития дерматита и пролежней у неподвижных больных с недержанием мочи».
5. Лунова А.В. (Москва) Клинико-экономический анализ эффективности применения антигипоксического средства полидигидроксифенилтиосульфат натрия (гипоксен) в составе комплексной терапии стенокардии.
6. Крыжановский С.М. (Москва) Клинико-экономическое обоснование нейротрофической терапии сосудистых и нейродегенеративных заболеваний головного мозга.

27 апреля 2012 года 09.00—12.00 РАГС, корпус 2, зал 5

#### Секция Московского филиала МООФИ

Сопредседатели: Воробьев П.А., Лунова М.В.

1. Яхонтов Д.А. (Новосибирск) Проблема «бренд-джереник» и этические аспекты взаимоотношений с представителями бизнеса в преподавании основ доказательной медицины студентам.
2. Сычев Д.А. (Москва) Опыт внедрения фармакогенетического тестирования в стационаре и поликлинике: на ошибках учимся.
3. Зайцев А.А. (Москва) Ступенчатая антибактериальная терапия внебольничной пневмонии в стационаре. Клинико-экономический анализ.
4. Лунова А.В. (Москва) Клинико-экономический анализ эффективности применения Канделсартана и Лозартана при артериальной гипертензии в условиях типичной практики.
5. Кириченко О.Н. (Украина, Харьков) Оценка рентабельности комплексной кардиоваскулярной терапии с оротатом магния у пациентов с хронической сердечной недостаточностью.
6. Винярская И.В., Черников В.В., Симонова О.И., Горинова Ю.В. (Москва) Первый российский опыт оценки статуса здоровья в педиатрии с использованием русской версии опросника «Health Utility Index».

Издательство Ньюдиамед преподнесло российским врачам замечательный подарок — книгу мудрого клинициста, врача-интерниста, профессора Норберта Александровича Магазаника.

В работе врача любой специальности есть две грани — медицинская и человеческая. Эту последнюю обычно принято называть этикой и деонтологией врача.

В успешной деятельности врача, в его становлении, в завоевании доверия пациента, приобретении авторитета этика играет не меньшую роль, чем грань медицинская, ибо она напрямую связана с последней, является ее неотъемлемой частью. Но эта грань полезна не только врачу, она играет значительную роль в лечении и излечении больного человека.

В советское время этике и деонтологии врача уделялось большое внимание. Примерно с 50-х и до 90-х годов XX столетия к этой теме обращались многие выдающиеся врачи, ученые-медики, опытные клиницисты. Достаточно назвать такие имена, как Н.Н. Петров, И.А. Кассирский, Н.Н. Блохин, Е.К. Вагнер, Б.Е. Вотчал, Р.А. Лурия и многие другие. Да и автор этих строк за те годы выпустил 17 книг и учебник по данному вопросу. Во всех медресах страны уделялось большое внимание проблеме этики и деонтологии врача, ГУУЗ МН РСФСР запланировало сквозное ее преподавание от первого до шестого курса на кафедрах медрес. А автор этих строк, тогда проректор по учебной работе, возглавлял работу по созданию такой программы, и она была успешно завершена. Но грянула перестройка, и вся работа была практически свернута. Разумеется, этика и деонтология не ушла из врачебной практики, врачебной среды. Однако ей стали уделять меньше внимания. Даже этика врача стала не выдерживать аморальных тенденций наступившего капитализма. О чем свидетельствует и то, что за годы перестройки практически не выходили книги этого плана, да и в медресах предмет ведется формально, лишь в теории на 1-м курсе.

И вот знаковое явление. Вышла книга врача-интерниста, профессора Н.А. Магазаника. Верный признак того, что общество выздоравливает, вновь желает повернуться лицом к этике и морали во врачевании.

Как предисловие к оценке этой книги, я сказал бы, что она мне импонирует особо. В ней автору удалось органично сочетать два предмета — этику и пропедевтику. И тот и другой — предметы всего моего жизненного пути. И в том и в другом позиция автора и моя собственная совпадают стопроцентно. В книге нет ни одной мысли, под которой я не смог бы подписаться. И хотя до сих пор мы не знали друг друга, все же оказались двуединым alter ego.

Теперь кратко о книге. Увидев ее в моих руках, один врач спросил меня: «Как это — диагностика без анализов, лечение без лекарств? Разве такое может быть?» «Может, и очень даже, коллега», — ответил я.

Если вспомнить историю, то Г.А. Захарьин в свое время удивил даже французов. «Профессор Захарьин возвел расспрос на ступень искусства», — писал тогда один известный французский врач. И в работе Н.А. Магазаника речь идет прежде всего об искусстве, об умении ставить диагноз на основании общеврачебных методов исследования, которые, как известно, в анализах не нуждаются, но дают возможность в 80% случаев поставить правильный диагноз на уровне доказательного.

Многим современным молодым врачам это может показаться сомнительным. Однако почитайте книгу — и вы поймете, что все это возможно. В первых главах книги автор убедительно раскрывает суть и методологию проведения расспроса, осмотра, пальпации, перкуссии и аускультации («целеного прикосновения», как он деликатно последние приемы называет) и тех симптомов, которые при этом выявляются. Нет никакого сомнения в том, что на основе этих действий врача в большинстве случаев рождается настоящий диагноз, а анализы и прочее современное обследование лишь подтверждает его.

Я уверен, что все клиницисты не раз и не два встречались в своей работе с так называемым «трудным больным». Больной, который по своим биологическим, бытовым, социальным, национальным, расовым, религиозным и другим проблемам склонен к конфликтам. Или другой, который, по его мнению, тяжело болен, у него множество болезней, он ходит по множеству врачей, недоволен всем и вся. На деле же все его болезни психосоциальные, так сказать, «организованные» его психикой, зачастую трудными социальными и другими факторами.

И диагноз ни одному такому пациенту не установит ни один самый сложный анализ, ни одна самая умная машина. Их можно распознать лишь во время общения врача с больным, во время задушевной беседы, при оценке его поведения, его жестов, его слов, его жизненного анамнеза, изучения истории его болезни. Вот это как раз и есть тот самый случай «диагностики без анализов».

## Слово о новой книге

### Н.А. МАГАЗАНИК. ДИАГНОСТИКА БЕЗ АНАЛИЗОВ, ЛЕЧЕНИЕ БЕЗ ЛЕКАРСТВ.

М.: НЬЮДИАМЕД, 2011, 272 с.



В ходе изложения своих мыслей по этому разделу профессор Магазаник очень деликатно, последовательно, умело и веско показывает возможности вышеуказанных методов в диагностике заболеваний легких, сердца, ЖКТ, в психологической оценке пациента. При этом автор логично влетает в канву изложения своих мыслей множество «живых» примеров из своей практики, которые дополняют его рассуждения, делают излагаемый материал активным, растормаживающим нервную систему читателя, позволяющим более полно усвоить его.

Во все времена, начиная с глухой древности, врачу приходится сталкиваться с проблемой VIP-пациентов. Вспомним хотя бы времена Ивана Грозного, когда неудачливого врача «свели под мост и зарезали аки козу». Ныне врачей не режут, но проблема все же осталась, и Норберт Александрович в своей книге касается и ее. Правда, он здесь опирается на события более чем 60-летней давности, которые едва ли сегодня кому интересны. Я не уверен, что таких случаев нет в практике врачей и в наше время. Особенно в нашей олигархо-дикокорпоративной стране. Вот их описание представило бы больший интерес или, по Зигфриду Ленцу стало бы «живым примером» для молодого поколения врачей.

В последующих главах автор раскрывает смысл второй части названия своей книги («лечение без лекарств»). «Искренность и оптимизм» называется одна

из глав. Искренность врача — высокодейственная лечебная сила. Пациент любого уровня развития всегда видит, «кто есть кто» сидящий у его постели врач. Заинтересован ли он познать его болезнь и хочет ли помочь ему? Или же он формально выполняет свои функции, отрабатывает свои «обязанности»?

И в этих условиях вдумчивое отношение врача к рассказу пациента, внимательнейший осмотр, разговоры и жесты оптимистичного плана и есть великая целительная и живительная сила. Не зря опытные и мудрые доктора в старину говорили «Слово лечит, слово ранит». Б.Е. Вотчал писал, что и мимика врача может быть и лечебной, и травмирующей. Еще в старину знаменитый русский врач М.Я. Мудров говорил своим студентам «Зная взаимные действия души и тела, долгом своим почитаю сказать, что есть и душевные лекарства, которые врачуют тело». И доктор Магазаник на примерах общения со своими пациентами подтверждает это. Искреннее общение с больным человеком, умение его выслушать, завоевать его доверие, вселить в него оптимизм — уже половина излечения, это как раз «лечение без лекарств».

При этом автором особо подчеркивается, что в медицине, врачевании пессимизм недопустим, перед ним должен быть поставлен красный стоп-сигнал «Опасно! Пессимизм!». Пессимизм, веющий от врача, на самом деле опасен для больного.

Я уже говорил выше, что задушевная беседа, умение найти подход к больному человеку, завоевать его доверие имеют неоспоримую диагностическую ценность и помогают в излечении больного. Однако это процесс не с односторонним движением. Такие действия приносят дивиденды и самому врачу. Они ведут к становлению врача, его умений, его авторитета. Авторитет — также великая целительная сила врача. Вспомним анекдот с бородой: на приеме профессор назначает больному аспирин. После ухода больного случившийся тут молодой врач говорит: «Профессор, извините, но я думаю, что здесь аспирин не поможет», на что профессор отвечает: «Да, если бы вы назначили этот аспирин, то он бы не помог больному, но если я его назначаю, то он обязательно поможет». Авторитет! Мощнейшее лечебное средство.

Профессор Магазаник предостерегает молодых врачей от мысли, что искусство врачевания придет само собой, со временем, через энное количество лет врачебной работы. К сожалению, становление врача происходит лишь в том случае, если доктор будет ежедневно общаться с больным человеком, если его не будут покидать ежедневные раздумья над больным, и он будет упорно трудиться над своим совершенствованием. Причем это нужно любому врачу, каким бы талантливым тот ни был. Здесь уместно вспомнить пример гениального врача — Н.И. Пирогова. У него был такой расклад работы: с 7 до 8 часов — завтрак; с 8 до 12 или 13 — работа в госпиталях, общение с больными; с 13 до 15 — работа в прозектуре; с 15 до 16 — обед. С 16 до 19 часов — различные текущие дела; с 19 до 21 — лекции для студентов. С 21 до 24 часов — научная работа. И так изо дня в день, из месяца в месяц, из года в год, всю жизнь. Так, что — будет общение с больным, будут раздумья над ним, будет привычка — от больного к книге и от книги к больному, ежедневно, ежедневно — будет и хороший врач. Будет и авторитет, и все вместе будет великим лечебным фактором и без лекарств.

Разумеется, ни автор книги, ни я, автор рецензии, не отрицаем значения лекарств в лечении. Они — великое благо нашего времени. Но не об этом сейчас речь. Речь об искусстве врачевания, о становлении врача, об его умении общаться с больным человеком, воздействовать на его психику. Познавать болезнь на основе простых, имеющихся у каждого врача приемов, лечить беседой, лечить умением, человечностью. Именно об этом книга мудрого врача Норберта Александровича Магазаника.

Книга читается на одном дыхании. Она написана простым, ясным, доступным языком. При этом автор демонстрирует ценное качество своего менталитета — умение мыслить логически, абстрактно обобщать частности, излагать материал просто, но не впадая в упрощенчество.

Большим положительным качеством книги и его автора я считаю также то, что в книге он отдает дань уважения своим учителям, прекрасным докторам, с которыми он сталкивался и у которых учился. Это также прием воспитания морали — морали уважения старшего, уважения более мудрого, что особо ценно в наше время.

Я уверен, что книга принесет большую пользу молодому поколению врачей, в какой бы стране и по какой бы специальности они не работали.

Остается лишь жалеть, что такие книги сейчас не знают тех тиражей, которыми печатались наши книги в советское время — сотни тысяч экземпляров, и поэтому их смогут приобрести лишь единицы из большого отряда молодых докторов.

Шамов Ибрагим Ахмедханович,  
Лауреат Государственной премии СССР,  
Заслуженный деятель науки Российской Федерации и РД,  
Народный врач РД, эксперт ЮНЕСКО по биозтике,  
заведующий кафедрой пропедевтики  
внутренних болезней Даггосмедакадемии,  
доктор медицинских наук, профессор

**Внимание!**  
В издательстве НЬЮДИАМЕД  
вышла новая книга  
Н.А. Магазаник  
**ДИАГНОСТИКА БЕЗ АНАЛИЗОВ,  
ВРАЧЕВАНИЕ БЕЗ ЛЕКАРСТВ**

Н.А. Магазаник  
**ДИАГНОСТИКА  
БЕЗ АНАЛИЗОВ,  
ВРАЧЕВАНИЕ  
БЕЗ ЛЕКАРСТВ**

НЬЮДИАМЕД  
Москва, 2011

ПРОТОКОЛЫ МГНОТ

**ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ  
МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО  
НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ  
от 9 февраля 2011 года**

**Председатель:** проф. Мухин Н.А.

**Секретарь:** Безмельницкая Л.Ю.

Заседание началось с минуты молчания в память недавно ушедшей Валентины Александровны Насоновой, многолетнего члена правления общества, замечательного человека и врача.

Заседание посвящено юбилею — 70-летию Леонида Борисовича Лазебника. Н.А. Мухин вкратце рассказал биографию Леонида Борисовича: юбиляр закончил 1-й Московский Медицинский институт (в то время МОЛГМИ) им. И.М. Сеченова, в студенческие годы посещал научный кружок по биологии и углубленно изучал фармакологию. В начале карьеры заинтересовался кардиологией, проходил обучение под руководством А.Л. Сыркина. Леонид Борисович начинал работать в качестве врача скорой помощи. Кандидатская и докторская диссертации были выполнены в области кардиологии. Между этими двумя работами — 20 лет напряженной клинической работы.

Общество терапевтов поздравляет Леонида Борисовича с этой знаменательной датой!

**Л.Б. Лазебник.**

**Аномальная летняя жара 2010**

Глобальное потепление — это не выдумки глав государств. Через какое-то время мы будем жить в других климатических условиях, т. к. среднегодовая температура постепенно возрастает. За 2010 г. было установлено 22 суточных температурных рекорда. Дневная температура превышала 30 градусов на протяжении 33 дней. Среднестатистическая нормальная летняя температура для Москвы — 20–22°C. Доказано, что повышение температуры на 10°C увеличивает смертность на 10%.

Но на организационном уровне Москва не была готова к аномальной жаре.

Факторы риска обострения заболеваний и повышения смертности при жаре: полиморбидность, зависимость от медицинских услуг, наличие функциональных расстройств (пациент не может выйти из дома, прикован к постели), низкий уровень материального обеспечения.

В 1987 г. в Афинах в сильную десятидневную жару уровень дополнительной смертности составил 2000 человек. Во Франции в 2003 г. был зарегистрирован пик смертности. Показатели смертности за 2010 г. в стационарах Москвы сейчас подсчитываются.

Предварительно можно сказать, что основной рост смертности взрослого населения был отмечен с 23 июля до конца сентября. Показатели детской смертности не менялись. Среди пожилых людей ожидаются очень высокие цифры, так как это маломобильные, погибающие дома пациенты.

Одной из рекомендаций по облегчению состояния населения в условиях аномальной жары и смога является пребывание в помещениях с кондиционерами. Установлено, что хотя бы кратковременное пребывание в таких помещениях позволяет снизить смертность на 50%. Что касается применения масок, они должны быть только марлевыми, их нужно смачивать и регулярно менять. Опасность для здоровья людей представляют взвешенные в воздухе частицы, которые оседают в легких людей — поллютанты. При тушении пожаров в воздух выбрасывается фторсодержащие поверхностно активные вещества.

Среди причин смертности основными стали острая патология сердечно-сосудистой системы и цереброваскулярные заболевания. Показатели смертности от болезней дыхательной системы значительно не увеличились.

Во всех городах России — сходные проблемы: сложности организации медицинской помощи, много одиноких, мало мобильных пациенты.

**Л.Б. Лазебник**

**Доклад: Атеросклероз — болезнь гепатоцита**

В начале своего доклада хочу напомнить, что еще лауреат Нобелевской премии И.И. Мечников впервые выступил с предположением о роли дисбиотических изменений в процессах старения и атерогенеза. Выделяют экзогенный и эндогенный типы атеросклероза. Клинические проблемы начинаются при нарушении основного пути выведения холестерина из гепатоцита. Одной из основных причин является снижение концентрации фермента 7-гидроксилазы. При избытке холестерина в гепатоците организм начинает его выводить в кровь.

Предвестником развития атеросклероза сосудов является атеросклероз желчного пузыря. При этом в его стенках отмечаются те же гистологические изменения, что при поражении сосудов: выявляются пенистые клетки.

Определенную роль в развитии атеросклероза играет эндотоксин — эндогенный гликолипопротеид, постоянно образующийся на наружной части грамотрицательных бактерий. При ишемической болезни сердца увеличивается содержание кишечной палочки и условно патогенных энтерококков, при этом число бифидо- и лактобактерий, которые метаболизируют холестерин, поступающий в толстую кишку, снижается. Избыточное поступление эндотоксина приводит к интенсификации синтеза эндогенного холестерина. Роль эндотоксина подтверждает и тот факт, что липидный состав сыворотки крови после гемиколэктомии изменяется, причем более выраженные изменения были отмечены после левосторонней резекции ободочной кишки.

Многие заболевания печени ассоциированы с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, в качестве примера можно привести неалкогольную жировую болезнь печени.

Подходы к «лечению гепатоцита»: снижение веса, коррекция дисбиоза кишечника. Что касается назначения статинов при атеросклерозе, то после их применения развивается жировая дистрофия печени, концентрация ферментов печени (АЛТ и АСТ) возрастает на фоне длительного приема препаратов данной группы. В последние годы даже был введен термин статический гепатит. Для повышения эффекта статинов их необходимо назначать в сочетании с урсодезоксихолевой кислотой и пробиотиками.

*Вопрос П.А. Воробьева:* Борьба с катаклизмами — это дело города или государства. Может ли город являться только исполнителем?

*Ответ:* Государство есть самый лучший врач. Департамент Здравоохранения Москвы в свою очередь делал все возможное: заключались договоры, на основании которых разворачивались кабинеты с кондиционерами, в которых



люди могли находиться какое-то время, а также использовались уже существующие помещения, имеющие все приспособления для поддержания жизнедеятельности.

*Выступление профессора Максимова*

Доклад Леонида Борисовича — эпохальный. Вопросом гиперлипидемии занимаются во всем мире. И пока не удается решить проблему, освещенную в докладе: статины убивают митохондрии, а значит, гибнет и гепатоцит. Но как только статины отменяются, уровень холестерина снова растет. Другим спорным вопросом являются камни в желчном пузыре — благо это или вред? Камни аккумулируют на себе избыток холестерина, поэтому я считаю, что поголовное увлечение холицистэктомией — это вред. Еще одна величайшая проблема, связанная с гиперлипидемией, — это остеопороз, так как нарушается всасывание витамина D.

*Выступление проф. Е.Е. Гогина:*

Мы прослушали два замечательных доклада. Я хотел бы сказать несколько слов по первому докладу ввиду его актуальности. В докладе приведены сравнительные показатели по различным регионам России, Восточной и Западной Европы. Представлены наблюдения опытного клинициста, который учитывал также проблемы пожилых людей.

Мы не знаем, какое лето будет в 2011 г. Но нужно подвести итоги по большому, состоянию которых ухудшилось в связи с перенесенной жарой. Когда больных помещали в палату с кондиционированным воздухом и проводили инфузионную терапию солевыми растворами, это значительно облегчало их состояние. В период крайней неблагоприятности резко менялся гематокрит. Другой фактор риска — недостаточное питье приводило к нарушению гемодинамики, особенно со стороны микроциркуляторного русла.

*Заключительное слово Л.Б. Лазебника:* Благодарю Михаила Алексеевича Мухина за гостеприимство. Благодарю всех, кто пришел на общество. Также благодарю за вопросы, которые были заданы в рамках заседания, они заставляют задуматься и еще раз напоминают, что каждый больной — индивидуальность.

**ИнтерНьюс**

**В Великобритании отмечен бэби-бум среди сорокалетних**

За последнее десятилетие количество британских рожениц старше сорока выросло на 70%. Только в прошлом году произвели на свет младенцев около 28 тысяч женщин этой возрастной группы, в то время, как в 2001 году таких рожениц было чуть больше 16 тысяч. Об этом сообщает газета Daily Mail, ссылаясь на данные Королевского колледжа акушерства (Royal College of Midwives, RCM). Бэби-бум среди возрастных матерей, отмечают в RCM, усугубил кризис во всех подразделениях родовспомогательной службы страны, вызванный и без того значительным ростом рождаемости в Великобритании. Женщины в возрасте после сорока лет чаще страдают от различных осложнений во время беременности и родов и, соответственно, требуют значительно больше внимания к себе. По данным RCM, в британских роддомах ощущается значительная нехватка персонала, а нагрузка на тот, что есть, непомерно высока и продолжает расти. Так, для нормального функционирования акушерской службы страны не хватает около пяти тысяч акушеров. Сложившаяся в этой области ситуация может привести к росту показателей детской и материнской смертности. Уровень рождаемости в Великобритании сейчас самый высокий за последние сорок лет, а с 2001 года вырос на 22%.

*Источник:* <http://www.dailymail.co.uk>

**ВОЗ подсчитала количество криминальных аборт**

Тенденция роста числа аборт, проводимых вне клиник неаккредитованными лицами, отмечена в докладе Всемирной организации здравоохранения. В исследовании ВОЗ приведены данные до 2008 года включительно. В частности, они указывают на увеличение числа подпольных аборт с 44% в 1995 году до 49% в 2008. Общее количество аборт в мире в 2008 году по сравнению с 2003 годом возросло на 2 миллиона 200 тысяч. В развивающихся странах, особенно там, где приняты строгие законодательные ограничения по проведению аборт, в ненадлежащих условиях проводится большинство операций по прерыванию беременности. В Африке количество таких аборт составляет 97% от общего числа прерванных беременностей. В странах, где аборт запрещены законом, сбор данных осуществляется посредством опроса населения и на основании официальной статистики больниц по осложнениям и смерти, которые были сопряжены с подпольными операциями. По словам Беверли Виникофф из Нью-Йоркской организации Gutunity, действия которой направлены на повсеместную легализацию и обеспечение большей безопасности аборт, «криминальные аборт — одна из пяти главных причин материнской смертности». По ее данным, в 2008 году с криминальным аборт был связан один из семи случаев материнской смерти в мире. Сексолог Кейт Хоукинс из британского Университета Суссекса в связи с публикацией доклада ВОЗ отмечает: «Легально или нелегально, но если женщина ищет способ сделать аборт, она его найдет». По данным Хоукинс, в 2008 году 86% аборт имели место в развивающихся странах, и в том же году около половины всех проведенных в мире операций по прерыванию беременности были подпольными. В развитых странах доля прерванных беременностей сократилась с 36% в 1995 году до 26% в 2008.

*Источник:* WHO

**Москвичей обеспечат высокотехнологичной медпомощью к 2016 году, главное дожить**

К 2016 году высокотехнологичной медпомощью планируется обеспечить 95% нуждающихся в ней москвичей. К этому же сроку столица должна полностью перейти на электронные медицинские карты. Об этом рассказала на заседании правительства Москвы глава столичного департамента экономической политики и развития Марина Оглоблина. По словам чиновницы, за пять лет столичные власти планируют построить или реконструировать 35 больничных корпусов. Также намечен ввод в эксплуатацию девяти подстанций скорой медицинской помощи и более десяти поликлиник. Предполагается, что с их помощью удастся увеличить продолжительность жизни москвичей и снизить такие показатели, как детская и младенческая смертность. «Уже в 2011 году многое сделано. Проведен капитальный ремонт почти 400 медицинских учреждений, благоустроена территория более 220 объектов, закуплено большое количество нового оборудования, созданы дополнительные бригады неотложной медицинской помощи», — отметила Оглоблина. Кроме того, на 2016 год запланирован полный переход всех столичных учреждений на электронные медкарты. Такая карта представляет собой персональную базу данных на цифровом носителе, которая заводится однократно на каждого пациента и заменяет карты амбулаторного и стационарного больного. В эту базу заносятся все посещения врачей, результаты консультаций, анализов и исследований, а также назначенное лечение. Электронные карты предназначены для обеспечения лучшей преемственности в ведении пациентов и сокращения времени на ведение документации.

*Источник:* «Интерфакс»

Доктор Андрей Владимирович Назаров продолжает представлять в «Московском докторе» свои «ЭКГ-наблюдения и рассуждения». «Я работаю на скорой медицинской помощи Москвы в специализированной кардиологической бригаде. Решения требуется принимать быстро, основываясь на минимуме аппаратной диагностической информации, главным образом по результатам ЭКГ. Решения — единые и окончательные. Их правильность можно оценить только через некоторое время. Порой потом хочется тщательно обдумать принятое на вызове решение в более неторопливой обстановке: обсудить с коллегами и покопаться в первоисточниках. Результаты этих обдумываний жалко не сохранить, правда? Я их сохраняю в виде записей, предлагаемых вашему вниманию. В некоторых случаях обдумывать особо нечего, но очень уж поучительные наблюдения!» Коллеги, присоединяйтесь к обсуждению и делитесь своими клиническими наблюдениями!

**Мужчина, 55 лет.** В последние 8 дней обследуется в онкостационаре по поводу выявленного образования в нижней доле правого легкого с рентгенологической картиной метастазирования в верхнюю долю правого легкого и левое легкое.

4 и 3 дня назад выполнялась пункция очага, злокачественных клеток не получено. Следующим этапом планировалась диагностическая операция на правом легком. Промежуточно выполнен рентген-контроль легких (для исключения пневмоторакса) и ЭКГ-контроль. По результатам ЭКГ назначен тропониновый тест и вызвана на консультацию КБ СМП.

Дополнительно выяснено: до недавнего времени работал грузчиком, физическую нагрузку переносил хорошо. В последнее время часто испытывает различные по характеру болезненные ощущения в грудной клетке без связи с физической нагрузкой, что связывал с заболеванием легких. Особенных эпизодов загрудинных болей не было. Артериальной гипертензией не страдает.

Предыдущая ЭКГ 2 месяца назад — нормальная. При поступлении в стационар в этот раз ЭКГ не выполнялась.

Сегодня тропониновый тест стационара — слабоположительный. Контроль тропонинового теста прибывшей кардибригадой — слабоположительный.

**ЭКГ:** ритм синусовый, ЧСС 82 в минуту. Патологический зубец Q в III стандартном отведении. Подъем сегмента ST на 0,5 мм в II, III, aVF отведениях с переходом в отрицательный зубец T глубиной до 3 мм.

**Обсуждение:** имеются инфарктные изменения ЭКГ и слабоположительный тропониновый тест. Отсутствует явная клиника инфаркта миокарда. Было двукратное инвазивное исследование легких с возможной микро травматизацией сердца.

**Вывод:** пациент в диагностическом плане недостаточно понятен. Для уточнения диагноза требуется дообследование в кардиологическом стационаре, т. к. до получения четкого ответа о состоянии миокарда на диагностическую полостную операцию хирурги — онкологи не пойдут.

Перевод осуществлен. Рабочий диагноз: «острый зубец Q образующий инфаркт миокарда нижней стенки левого желудочка». Давность обозначена ориентировочно как 10-дневная.

**Мужчина, 79 лет.** Клиника декомпенсации хронической сердечной недостаточности главным образом по правожелудочковому типу: отеки нижних конечностей, увеличение в объеме живота, одышка при минимальных физических нагрузках.

**Анамнез:** полтора года назад диагностирован онкопроцесс кишечника, проводилось оперативное лечение, в послеоперационном периоде развился тромбоз глубоких вен нижних конечностей, затем произошла массивная тромбоэмболия легочной артерии. После длительного стационарного лечения по поводу ТЭЛА установлен кава-фильтр. В последующем — явления хронической сердечной недостаточности с периодическими декомпенсациями, требующими стационарного лечения, при этом выявляются асцит, гидроторакс. Настоящее ухудшение нарастает в течение 2 недель, вопрос о плановой госпитализации амбулаторной службой не решен, пациент вызвал СМП.

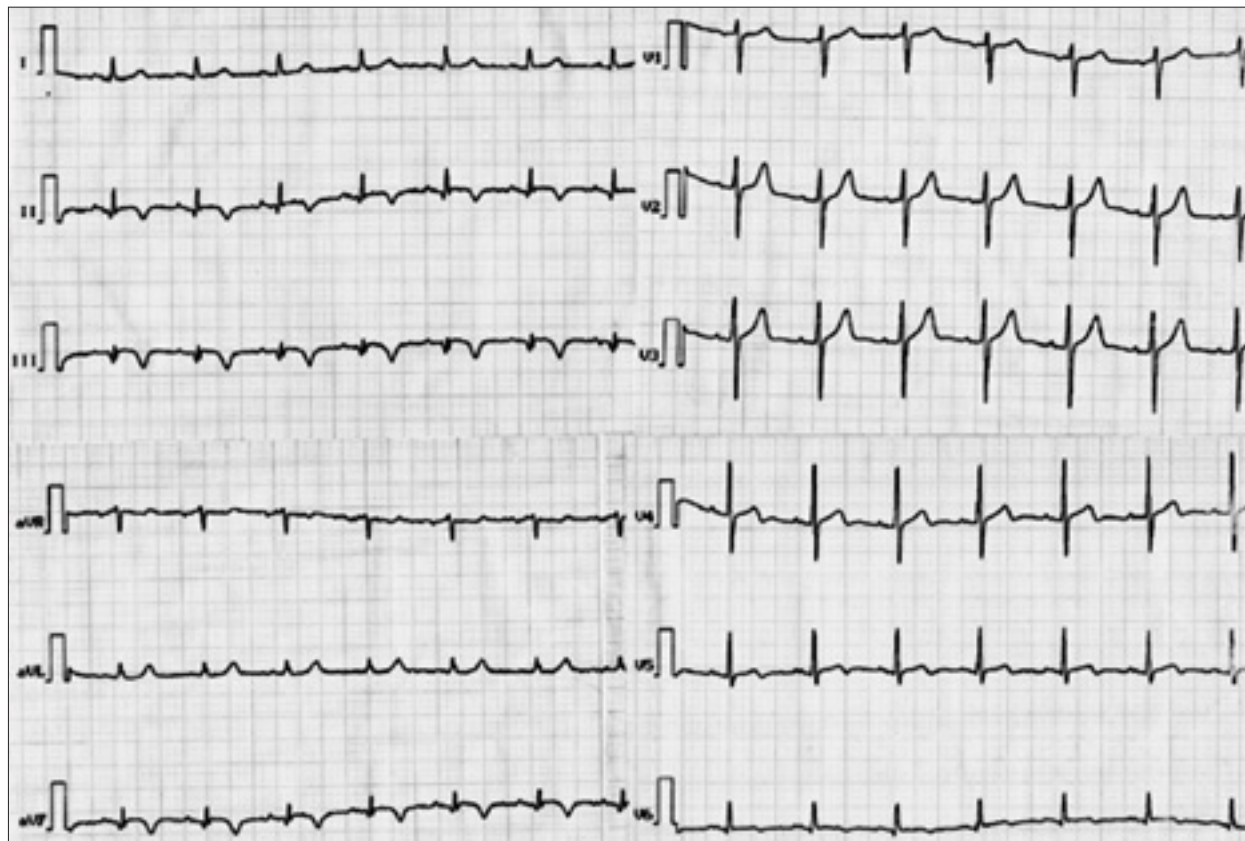
В объективном статусе дополнительно отмечена относительная гипотония, ослабление дыхания и приглушение перкуторного звука в нижних отделах легких, контурирование шейных вен.

**ЭКГ:** ритм синусовый, ЧСС 68. ЭКГ-картина хронического легочного сердца: гипертрофия миокарда правого желудочка: rSR тип. Поворот сердца вокруг продольной оси по часовой стрелке: глубокие зубцы S в V5—V6. Полная блокада правой ножки пучка Гиса с вторичными изменениями ST—T. Можно говорить о сохраняющемся синдроме SI—QIII, характерном для ТЭЛА.

**Обсуждение:** ТЭЛА вызвала у пациента препятствие кровотоку через легкие, что создало нагрузку на правый желудочек сердца, который за этот кровоток ответственен. Тромбы в артериях легких не вечные, но полное восстановление проходимость легочного сосудистого русла — несбыточная надежда. Так что правый желудочек нашего пациента продолжает испытывать трудности.

Лечение сердечной недостаточности в данной ситуации (хроническое легочное сердце) — одна из сложнейших проблем терапевтической кардиологии (возможно — самая сложная). Имеется сочетанное поражение 2 жизненно важных систем, отвечающих за одно и то же, а именно снабжение организма кислородом. По сути это лечение можно определить как паллиативное.

Схемы лечения хронической сердечной недостаточности, обусловленной снижением насосной функции сердца (неспособности левого желудочка обеспечить



Почему обозначен такой срок?

1) Диагностическое окно для экспресс-теста тропонин-сенситив (фирма Roche) составляет от 2 ч до 14 сут. В нашем случае тест дважды показал одинаковый слабо, но безусловно положительный результат.

2) ЭКГ-картина характерна для завершения острой стадии инфаркта миокарда: в отведениях II, III, aVF сегмент ST приближается к изолинии, зубец T отрицательный.

Диагноз «инфаркт миокарда» базируется на 2 из 3 «опорах»: клиника, ЭКГ и тропониновый тест. Тропониновый тест не выполняется, если клиника явная и

ЭКГ не вызывает сомнений. В нашем случае ЭКГ практически не вызвала сомнений (т. к. имелась для сравнения нормальная ЭКГ 2-месячной давности), но не было четкой клиники заболевания. Тропониновый тест понадобился. Он склонил «чашу весов» сомнений пользу диагноза инфаркт миокарда. Надо сказать, что в диагностике инфаркта миокарда требуется относиться максимально ответственно, т. к. этот диагноз решающим образом определяет многие тактические и социальные мероприятия. Для нашего пациента это остановка диагностического процесса по предполагаемой онкологии.

приемлемый сердечный выброс и минутный объем кровообращения), здесь не подходят. Для лечения хронической, преимущественно **левожелудочковой** недостаточности (постинфарктный кардиосклероз, ДКМП), используются препараты, депонирующие кровь (нитраты), препараты, снижающие объем циркулирующей крови (диуретики). В данной ситуации они только навредят, так как если медикаментозно снизить приток крови к правому желудочку сердца, то левому желудочку (из-за легочного препятствия) вообще нечем будет наполняться для предстоящего выброса.

Это отступление приведено для понимания тактики при острой правожелудочковой недостаточности: например при острой ТЭЛА, инфаркте миокарда с

вовлечением **правого** желудочка: нитраты, диуретики неприемлемы!

Еще: наш пациент — хронический больной. Ведение хронических больных, а при необходимости их плановая госпитализация — функция амбулаторного звена (поликлиники). Скорая медицинская помощь, по определению, имеет иные задачи.

Но существует немалая категория хронических больных, которые не в силах дойти до поликлиники, а решение их проблем на дому тоже не осуществляется. Они «дозревают» дома до декомпенсации, которая требует уже неотложных решений, т. е. становятся обремененными клиентами СМП. Наш пациент обоснованно госпитализирован бригадой СМП.



## Выборы Жюри Премии им. Д.Д. Плетнева

На заседании Правления МГНОТ 14 декабря 2011 года подведены итоги голосования на выборах Жюри Премии им. Д.Д. Плетнева.

В состав Жюри Премии были предложены следующие кандидаты:

Мухин Николай Алексеевич	академик РАМН, профессор	77%
Гогин Евгений Евгеньевич	член-корреспондент РАМН, профессор	77%
Симоненко Владимир Борисович	член-корреспондент РАМН, профессор	66%
Лазебник Леонид Борисович	д. м. н., профессор	55%
Сыркин Абрам Львович	академик РАЕН, профессор	55%
Маколкин Владимир Иванович	член-корреспондент РАМН, профессор	44%
Яковлев Валентин Борисович	д. м. н., профессор	33%
Сторожаков Геннадий Иванович	академик РАМН, профессор	33%
Моисеев Валентин Сергеевич	академик РАМН, профессор	22%
Насонов Евгений Львович	член-корреспондент РАМН, профессор	22%
Богомоллов Борис Павлович	член-корреспондент РАМН, профессор	11%
Глезер Мария Генриховна	д. м. н., профессор	0%
Ноников Владимир Евгеньевич	д. м. н., профессор	0%

На основании результатов голосования утвержден состав Жюри Премии им. Д.Д. Плетнева 2011 года: Мухин Н.А., Гогин Е.Е., Симоненко В.Б., Лазебник Л.Б., Сыркин А.Л.



### ПРОТОКОЛЫ МГНОТ

#### ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ от 28.09.2011

**Председатель:** академик РАМН Мухин Н.А.

**Секретарь:** Башлакова Е.Е.

**Повестка дня:**

1. Доцент И.В. Гармаш, к. м. н. Т.С. Поликарпова, проф. П.П. Огурцов (российский Университет дружбы народов). Гепаторенальный синдром: диагностика, течение, подходы к терапии.

**Открыл очередное заседание городского научного общества терапевтов Н.А. Мухин.**

Как всегда в четвертую среду сентября мы встречаемся с вами. Это первое заседание научного общества терапевтов после летнего перерыва. Далее заседания у нас будут как всегда, один раз в месяц. Сегодня мы имеем возможность послушать результаты исследований, которые проводились в клинике, руководимой академиком В.А. Моисеевым. Представляет доклад И.В. Гармаш.

**Докладчик:** Добрый день, уважаемый председатель, коллеги. Для меня большая честь выступать на Московском научном городском обществе терапевтов. Когда я училась в академии, я даже не могла представить, что буду не студентом, а докладчиком. Мне представилась возможность продемонстрировать результаты исследований трех кафедр: клиники В.А. Моисеева, кафедры пропедевтики Ж. Кобалавы и кафедры госпитальной терапии, заведующим кафедрой которой является проф. П.П. Огурцов. Доклад посвящен гепаторенальному синдрому (ГРС).

ГРС — это тяжелая функциональная прогрессирующая почечная недостаточность, которая развивается на фоне поражения печени с печеночной недостаточностью и асцитом, при отсутствии других причин поражения почек. Данная тема является крайне актуальной как для всего мира, так и для нашей страны, т.к. количество циррозов в России за последние несколько лет увеличилось в 8 раз (по данным профессора Казанова). Цирроз печени представляет собой одну из 6 причин высокой смертности. Причиной смерти при циррозе печени, в большинстве случаев, является развитие ГРС, ни причины развития, ни лечение которого в настоящее время до конца не ясны. При кульминантной печеночной недостаточности ГРС выявляется у 70% больных. Рассматривая декомпенсированные циррозы печени, нужно отметить, что ГРС встречается в 10–20%. Продолжительность жизни при данном заболевании крайне низкая. Для ГРС 1-го типа средняя продолжительность жизни составляет 15 дней, для ГРС 2-го типа — 6 месяцев. Летальность при ГРС 1-го типа — 80% в течение двух недель.

**Диагностические критерии ГРС:**

1. Хронические заболевания печени, и в первую очередь цирроз печени как последствие хронического гепатита класса В или С с асцитом. Также могут быть циррозы печени алкогольного генеза с обязательным наличием острой печеночной недостаточности и портальной гипертензии со значительным асцитом.

2. Развитие ГРС можно считать явным, если уровень креатинина в крови составляет более 133 мкмоль/л, а также если его уровень не нормализуется в течение двух дней после отмены диуретиков или введения СЗП.

3. Отсутствие исходного поражения почек, отсутствие протеинурии, макрогематурии.

Генез морфологических изменений почек при ГРС до конца не ясен, однако изменения носят изначально функциональный характер и эти почки могут использоваться при трансплантации почек.

Выделяют 2 типа ГРС: 1-й тип характеризуется быстро прогрессирующим течением с нарастающей почечной недостаточностью и увеличением уровня креатинина за 2 недели больше чем в 2 раза, снижение скорости клубочковой фильтрации также за этот срок. ГРС 2-го типа характеризуется более медленным течением. Однако в клинической практике не всегда удается разграничить эти два состояния, поскольку нельзя оценить начальный уровень креатинина и скорость его нарастания.

Основными механизмами развития ГРС являются:

- 1) периферическая вазодилатация;
- 2) вазоконстрикция почечных артерий;
- 3) снижение объема циркулирующей плазмы;

Важно отметить, что данные механизмы носят компенсаторный характер.

К факторам риска ГРС относятся все те факторы, которые способствуют снижению объема циркулирующей плазмы — массивный лапароцентез без переливания альбумина, высокая дозировка антибиотиков при развитии бактериального перитонита, ЖКТ-кровотечения и т. д. Также способствуют развитию ГРС варикозно расширенные вены пищевода в сочетании с портальной гипертензией, кахексия, гепатомегалия.

Клиническая картина характеризуется в первую очередь развитием клинической картины печеночноклеточной и почечной недостаточности, желтухой, энцефалопатией, высоким уровнем билирубина и низким — протромбина, выраженным асцитом, задержкой натрия, прогрессирующей гипотонией, олигурией, вплоть до анурии.

**Лабораторные показатели:**

- 1) снижение натрия крови, которое является одним из ранних признаков приближающегося ГРС.
- 2) гиперкалиемия, снижение адреналина, норадреналина.
- 3) прогрессирующее снижение скорости клубочковой фильтрации.
- 4) сужение почечных артерий по данным доплерографии.

Необходимо отметить, что имеет значение только прогрессирующее снижение скорости клубочковой фильтрации, т. к. если она стабильно низкая, то риска развития ГРС не существует.

Влияние ренин-ангиотензиновой системы (РААС) на развитие ГРС неоспоримо, т. к. РААС влияет не только на тонус сосудов, но и на функционирование организма в целом.

Несмотря на некоторые достижения в понимании ГРС, результаты его лечения остаются неутешительными. По данным международного клуба асцита, лечение нужно начинать с введения больших доз альбумина — 1 г/кг массы тела в первые сутки, а затем по 20–30 г по потребности, до повышения уровня альбумина сыворотки до 40 г/л. Препарат терлипрессин 1–2 мг каждые 6 часов болюсно. Данный препарат уже зарегистрирован и имеется в продаже. Другие методы лечения неэффективны. Были попытки проведения хирургического лечения с наложением трансюгулярных шунтов, применение допамина, но результаты их неутешительны.

Кафедрой госпитальной терапии Российского университета дружбы народов было проведено исследование. Госпитализировано 818 пациентов с патологией печени, как по каналам скорой помощи, так и по направлениям поликлиник. Госпитализация проходила частично в терапевтическое, частично в хирургическое отделение с подозрением на

### ИнтерНьюс

**Эксперименты с птичьим гриппом приостановлены из-за опасности биотерроризма**

Голландские и американские ученые, создавшие более опасный штамм вируса птичьего гриппа, чем тот, что циркулирует в природе, объявили о временном прекращении его исследований в связи с потенциальной опасностью биотерроризма. Свою аргументацию ученые из Медицинского центра Эразма в Роттердаме, Нидерланды, и американского Университета Висконсин-Мэдисон, создавшие на основе вируса птичьего гриппа мутантный высокоинфекционный штамм, изложили в письме, опубликованном ведущими научными журналами Science и Nature. В нем идет речь, в частности, о 60-дневной приостановке исследований, результаты которых в настоящее время не могут быть доступны профессиональному сообществу. В конце декабря прошлого года Национальный научно-консультативный совет по биобезопасности США, ранее добившийся цензуры двух научных статей, посвященных «птичьему гриппу», обратился к ученым с призывом принять добровольный и широкий мораторий на публикацию деталей исследований, посвященных высокопатогенным штаммам вирусов гриппа. Это вызвало негодование исследователей в разных странах. Всемирная организация здравоохранения выступила с заявлением о том, что ограниченный доступ к результатам исследований нанесет вред международному сотрудничеству специалистов. Комментируя приостановку работ по созданному в лаборатории мутантному штамму вируса птичьего гриппа для ScienceInsider, Рон Фаучиер из роттердамского исследовательского центра отмечает, что он бы «предпочел, чтобы призыв NSABB был воспринят с меньшими разногласиями, но что случилось, то случилось и мы ничего не можем изменить. А потому я думаю, что мы сделали правильный шаг», — добавил ученый. Авторы письма предлагают созвать для обсуждения рисков и пользы лабораторных исследований высокопатогенных штаммов международный форум. Он может пройти в рамках ежегодной конференции ВОЗ в феврале. Вирус птичьего гриппа H5N1 для человека смертелен, но его опасность ограничена, потому что передача вируса этого штамма между людьми затруднена. Однако голландские и американские ученые изменили вирус H5N1 таким образом, что он стал легко передаваться между хорьками. Эксперты по биобезопасности опасаются того, что более заразная форма вируса может привести к пандемии подобной «испанке» — вспышке смертельного гриппа, которая разразилась в 1918–19 годах и унесла жизни 40 миллионов человек.

**Источник:** BBC

**Родители бегали быстрее детей**

Физическая выносливость и тренированность европейцев за последние 40 лет значительно снизилась. Норвежские ученые из Университета Ставангера пришли к выводу, что сегодняшнее поколение молодых людей медлительнее и слабее, чем их родители. Исследователи проанализировали данные о физическом состоянии школьников за период с 1969 по 2009 годы. Результаты обработки данных примерно пяти тысяч учеников удручают: современный юноша-школьник пробегает 3000 метров в среднем на 20 секунд медленнее, чем его сверстник тридцать лет назад. А для девушек эта разница составляет минуту. Ученые связывают такую неутешительную динамику с общим уровнем снижения физической активности. Начиная с 90-х годов подростки все больше времени проводят за компьютером, в то время как раньше они предпочитали игры на свежем воздухе.

**Источник:** <http://www.uis.no>

Продолжение на стр. 8

Начало на стр. 7 ↗

острую хирургическую патологию (подозрение на развитие желчекаменной болезни). Среди 818 больных с циррозом печени абсолютное число составляли пациенты с алкогольным циррозом печени. Редко встречались случаи первичного билиарного цирроза или вирусного гепатита. Проводилось морфологическое исследование аутопсийного материала почек у 37 пациентов с ГРС, проводился генетический анализ РААС у 70 пациентов. Сравнивалась эффективность трех схем терапии: рутинная терапия со стандартными дозами допамина, викасол,  $\beta$ -блокаторы, диуретики, переливание СЗП при развитии ДВС-синдрома; рутинная терапия с добавлением высоких доз альбумина, а также использование терлипессина (участие в международном плацебо-контролируемом исследовании). Контрольная группа получала альбумин в высоких дозах. Критерием почечной недостаточности являлся уровень креатинина 135 мкмоль/л и более. Таким образом, у 818 пациентов с алкогольным циррозом печени почечная недостаточность была выявлена у 14% больных. Из них наиболее частой причиной развития почечной недостаточности являлся ГРС — 60%. У данных пациентов встречались гиповолемия — 13%, обострение хронического пиелонефрита — 5%, инфекционно-токсический шок, а также другая хирургическая патология.

Также в ходе исследования отмечалась тенденция к росту госпитализированных больных с алкогольным циррозом печени с 2% в 2004 году до 4% в 2009 году, отмечался и рост ГРС среди них до 10%. Интересна структура развития ГРС по возрасту пациентов. Наиболее часто ГРС встречался в двух крайних группах — самой молодой — 22–24 года и самой пожилой — 75–79 лет. 22–24-летние пациенты имели в 100% случаев алкогольный генез цирроза печени. В клинической картине наиболее часто отмечалась энцефалопатия, асцит, гепатомегалия, гипоальбуминемия, желтуха, выраженный геморрагический синдром, олигоурия, анемия, лейкоцитоз, кахексия, гипонатриемия.

При анализе аутопсийного материала у 37% пациентов с ГРС наиболее часто встречалась белковая дистрофия извитых канальцев — 62%, на втором месте стояла атрофия стромы, также встречалась склероз стромы.

Проведен анализ полиморфизма генов у пациентов с алкогольным циррозом печени и с алкогольным циррозом печени и ГРС. При циррозе без ГРС встречался генотип ТТ, то при ГРС — ТМ. В принципе, при анализе полиморфизма генов существенных различий с ГРС и без него не было. Изучалось также течение ГРС и выживаемость при применении допамина и без него. Было выявлено, что если в первые 5 дней при применении допамина наблюдалось некоторое улучшение состояния, то начиная с 6 дня различий не было и выживаемость не менялась. Если пациент ожидает трансплантацию печени, то это может иметь значение, т. е. эти 5 дней важны. Выживаемость при применении высоких доз альбумина, напротив, высока по сравнению с группой применения допамина. Выживаемость с применением альбумина составляет 70% в течение 2 недель. Кроме того, наблюдалось значительное снижение уровня креатинина на фоне применения высоких доз альбумина. В группе без применения альбумина уровень креатинина не только не снизился, но и возрос.

Пациентка М., 23 года, была госпитализирована в клинику с циррозом печени. Из анамнеза известно, что пациентка употребляла алкоголь на протяжении 6 лет в высоких дозах, в 17 лет родила ребенка. Мать также употребляла алкоголь. При поступлении обращали на себя внимание выраженная желтуха, отеки на ногах, гепатомегалия, увеличение живота за счет асцита. Отмечались тошнота и рвота, что и послужило поводом для госпитализации. При поступлении отмечались выраженные признаки печеночноклеточной недостаточности со снижением синтетической функции, синдром холестаза, анемия, желтуха. Были диагностированы: цирроз печени, печеночная недостаточность, портальная гипертензия, варикозное расширение вен пищевода по данным ФГДС. В связи с гипоальбуминемией вводили альбумин, в связи с развитием геморрагических нарушений — переливание СЗП, назначены диуретики. Отмечалось ухудшение состояния со снижением давления, количества выделяемой мочи, прогрессированием желтухи. Был поставлен диагноз ГРС. Отмечалось прогрессирующее снижение креатинина. На 5-й день были отменены диуретики. Несмотря на проводимую терапию на 6-й день пациентка скончалась. Этот случай мы представили как классический случай развития ГРС с характерным течением и исходом.

Пациент С., 46 лет, который не скрывал употребление алкоголя. Получал в качестве лечения терлипессин. Исследование было слепое. На фоне приема терлипессина отмечалось увеличение диуреза. Из анамнеза известно, что 5 лет назад у пациента отмечался эпизод желтухи и появления асцита, но он не прекратил употребление алкоголя. Настоящая госпитализация была связана с повышением температуры тела до 38°C, наличием выраженной слабости, пожелтением кожных покровов, асцитом, отеками на ногах, выраженной гепатомегалией, болью в животе, с первого дня — олигурией. В лабораторных показателях отмечалось: повышение билирубина, креатинина до 155 мкмоль/л,

нарушение синтетической функции печени, снижение альбумина, протромбина, геморрагические высыпания. Диуретики были отменены сразу, как только были получены результаты креатинина и мочевины. Был поставлен диагноз ГРС, т. к. отмечалось прогрессирующее нарастание креатинина менее чем за 2 дня. Пациент был включен в исследование с терлипессин, плацебо и высокими дозами альбумина. В связи с присоединением бактериального перитонита были назначены антибиотики. Сначала цефтриаксон, потом ципрофлоксацин, затем проводили переливание СЗП. На фоне применения терлипессина уже на следующие сутки отмечалось значительное улучшение состояния пациента — увеличился диурез и в дальнейшем, со снижением уровня креатинина до нормы за 3 недели, снижение билирубина. В дальнейшем пациент прекратил прием алкоголя и приходит на обследование в клинику.



Таким образом, в связи высокой смертностью и трудностями в лечении ГРС представляет важным проведение профилактики данного заболевания — избегание бесконтрольного лапароскопического, чрезмерного потребления диуретиков, профилактика кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода путем назначения  $\beta$ -блокаторов и лигирование вен пищевода, лечения спонтанного бактериального перитонита. К сожалению, лечение ГРС в настоящее время затруднено, самым эффективным способом остается трансплантация печени. Однако послеоперационный период после трансплантации у больных с ГРС протекает крайне тяжело, часто наблюдаются осложнения. При постановке диагноза ГРС или подозрении на него необходимо отменить диуретики, перелить СЗП, альбумин или при его отсутствии — раствор глюкозы. Кроме того, применение препарата терлипессин, который уже зарегистрирован в нашей стране и может быть использован, и симптоматическое лечение цирроза печени.

**Н.А. Мухин:** Спасибо за прекрасный, уникальный доклад. Я не знаю, кто еще в Москве имеет такой опыт работы и лечения ГРС. У меня есть вопрос. Вы смотрели на уровень креатинина, а не следили ли вы за скоростью клубочковой фильтрации? Может быть, именно она скажет нам раньше, чем рост уровня креатинина, о наличии ГРС? И использовали ли вы гемодиализ?

**Ответ:** В своем исследовании мы руководствовались международными рекомендациями, которые

советуют определять уровень креатинина. Но не исключено, что скорость клубочковой фильтрации действительно является более ранним признаком почечной недостаточности. Гемодиализ мы не проводили, также опираясь на международные рекомендации, согласно которым гемодиализ не улучшает выживаемость при ГРС. Кроме того, это тот вид почечной недостаточности, при котором не проводится гемодиализ, к тому же при циррозе имеется ряд состояний, при котором гемодиализ противопоказан.

**Вопрос:** Каковы же факторы риска развития ГРС? В каких случаях можно сказать, что при циррозе печени разовьется ГРС?

**Ответ:** Гипонатриемия — в 60% является первым признаком при развитии ГРС, гипотония, каждый новый эпизод асцита, т. е. пациенты с ГРС — желтушные, кахексичные пациенты с рецидивирующим асцитом, с ЖКТ-кровотечением, спонтанным перитонитом, гипонатриемией.

**Вопрос:** Есть препараты, использование которых провоцирует развитие ГРС?

**Ответ:** Особых препаратов нет, необходимо только исключить диуретики и нефротоксичные препараты. Тем более что это лекарственное поражение почек, а не ГРС.

**Вопрос:** Использовали ли вы в диагностике ГРС такой метод диагностики, как определение уровня натрия в моче? Насколько эффективен терлипессин?

**Ответ:** Несмотря на то что это действительно хороший метод диагностики ГРС, в исследовании он не был использован. Что касается эффективности терлипессина, то было доказано, что использование допамина не влияло на выживаемость пациентов. Улучшение наблюдалось только при применении его в первые 5 дней, в дальнейшем различий не было. Использование альбумина достоверно улучшало выживаемость. Данные по терлипессину неоднозначны. Он улучшал выживаемость, но не так эффективно, как альбумин. Во всяком случае, использование его при падении давления гораздо эффективнее, чем допамина. Терлипессин — это синтетический аналог допамина, но с более мягким действием, а также отсутствием тех осложнений, которые присущи допамину. Из 10 пациентов, получавших терлипессин, выжил 1 пациент. По литературным данным, выживаемость при развитии ГРС — 10% за 14 дней без трансплантации печени, кроме того, на фоне приема терлипессина отмечалось значительное улучшение диуреза.

**Вопрос:** Сколько пациентов имело варикозное расширение вен? Ведь кровотечения из варикозно расширенных вен являются главной причиной летальности у этих пациентов.

**Ответ:** Варикозное расширение вен пищевода имели все пациенты. Каждому из них проводили лигирование варикозно расширенных вен пищевода с использованием эндоскопических методов.

**С.Г. Мусеев:** Сегодняшний доклад продемонстрировал ценные данные. ГРС представляет собой серьезное заболевание, патогенез которого остается недостаточно ясным. Несмотря на введение альбумина, прогноз остается неблагоприятным. Вызывает большое удивление тот факт, что несмотря на развитие тяжелой почечной недостаточности, морфологически почки остаются сохранными. Также интересна связь цирроза печени с кардиоренальным синдромом. Цирроз печени является одной из причин развития легочной недостаточности, что неблагоприятно влияет на течение заболевания и исход. Поражение почек при этом заболевании широко распространено, поэтому заслуживает пристального изучения.

**Н.А. Мухин:** Открытие нашего терапевтического общества сопровождалось уникальным докладом. ГРС — серьезная проблема. Как говорилось в докладе, можно предвидеть развитие ГРС у пациентов с циррозом печени. Учитывая факторы риска, можно предвидеть ГРС. Кроме того, использование методики лигирования варикозно расширенных вен пищевода может предотвратить развитие кровотечений, которые являются основной причиной летального исхода.

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., Божарев И.Н., Бурков С.Г., Бурычев В.И., Васильева Е.Ю., Галин В.А., Глезер М.Г., Гогин Е.Е., Голиков А.П., Губкина Д.И., Гусева Н.Г., Дворецкий Л.И., Емельяненко В.М., Зайратьянц О.В., Заславская Р.М., Иванов Г.Т., Ивашкин В.Т., Кактурский Л.В., Калинин А.В., Каляев 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., Ноников В.Е., Палеев Н.Р., Пальцев М.А., Парфенов В.А., Погожева А.В., Покровский А.В., Потехин Н.П., Раков А.Л., Савенков М.П., Савченко В.Г., Сандриков В.А., Симоненко В.Б., Синопальников А.И., Сыркин А.Л., Тюрин В.П., Хазанов А.И., Цурко В.В., Чазов Е.И., Чучалин А.Г., Шлептор 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 **д**

**Внимание!**

В адресе корреспонденции

обязательно указание МТП «Ньюдиамед»!