



ВЕСТНИК МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО

МОСКОВСКИЙ ДОКТОР

Июнь 2012

№ 6 (124)

НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ

Полная версия газеты <http://zdrav.net/terobsh/vestnik/archive>

Программа заседаний МГНОТ вывешивается на сайтах <http://www.zdrav.net>, <http://mgnot.ru>

ПРЯМАЯ РЕЧЬ

Форум медицинских работников «Здравоохранение России — куда дальше?» 17–18 мая 2012 г. был достаточно многочисленным и активным, на нем всемерно подчеркивалось, что его поддерживают Президент и Правительство РФ. Среди выступавших была В.И. Скворцова, которая через два дня стала Министром здравоохранения, было немало и участников прошлых Пироговских съездов. Форум, как и все другие конференции, показал, что ситуация в медицине и здравоохранении продолжает волновать врачей и других медработников. Но ответа на все острые вопросы Форум не дал да и не мог дать.

Без РМА и РМО он никак не стал объединительным для всех общественных врачебных и других объединений, но четко высказался за эту тенденцию, ранее провозглашенную Пироговскими съездами. Так что главным был и остается вопрос — куда дальше?

Из Выступления на Форуме медицинских работников «Здравоохранение России — куда дальше? Венедиктова Д.Д.

Уважаемые коллеги!

Это хорошо, что мы собрались на такой представительный Форум (почти 2 000 участников). Форумы были и раньше: например, Форум в апреле 2011 г., некоторые были интересными, но далеко не все оставляли заметный след. Были и 8 Пироговских съездов российских врачей с 1995 по 2011 г. Важно, что сегодняшний Форум медицинских работников поддерживает правительство, не только морально, но и материально. Но еще более важно осмыслить, что должен дать этот Форум, какие вопросы он должен поставить, какие решения и рекомендации дать всем заинтересованным сторонам — и врачебной профессии и всем другим работникам здравоохранения, и правительству, гражданам России — нашим настоящим и будущим пациентам...

Сегодня мы на крутом повороте. В стране закончились предвыборные споры и дебаты. Прошла инаугурация Президента В.В. Путина, премьером стал Д.А. Медведев, формируется новый кабинет, страна вступила в новый цикл развития. Однако всеобщего успокоения и благодати нет. Осталось много серьезнейших проблем и для их решения, для преодоления кризиса во многих сферах общественной (социальной) жизни нужна консолидация сил. Не случайно, что в первый же день после инаугурации В.В. Путин подписал ряд указов и распоряжений, в т.ч. и о разработке до конца 2012 г. государственной программы по здравоохранению. Следует подчеркнуть, что на протяжении всех 12 лет В.В. Путин упорно возвращался к проблемам социального характера — демографии, здравоохранения, образования, пенсионного обеспечения, начиная с первой проблемной статьи «Россия на рубеже тысячелетий» (НГ 30.12.1999). А затем эти положения с нарастающей остротой повторялись в посланиях Президента РФ, во многих других выступлениях, докладах и заявлениях как внутригосударственного, так и международного характера. Вплоть до последней предвыборной статьи («Строительство справедливости. Социальная политика для России»), где, в частности, сказано, что «проводившиеся с 90-х годов организационно-экономические и другие реформы систем образования и здравоохранения не привели к заметному для народа улучшению этих систем, по всей видимости, из-за недооценки самого важного — мотивации людей, работающих в этих отраслях».

Многие проблемы как были, так и остались неразрешенными, и для реализации намеченных В.В. Путиным мер потребуются немало сил и средств, решений и действий не только медико-санитарного, но и политического, экономического, социально-психологического, территориально-административного и иного характера.

Я попросил слово для выступления как член правления РМА и член Исполкома Пироговского движения российских врачей. Но помимо этого, я уже 60 лет — врач-организатор здравоохранения, из них 28 лет я проработал в Минздраве СССР. Много лет занимаюсь изучением здравоохранения в нашей стране и за рубежом, разработкой общей системной теории и стратегии

здравоохранения. И не мог не придти на этот Форум, чтобы почувствовать биение пульса врачебной мысли по вечным вопросам: Кто мы? Откуда мы? Куда мы дальше?

И поскольку «Рошаль мне друг, но истина дороже», я не могу не выразить сожаления, что в Оргкомитете Форума не было представителей Российской медицинской ассоциации (РМА) и Исполкома Пироговского

движения и о его важности, посещают медицинские учреждения.

В целом, за последние 20–25 лет здоровье населения России резко ухудшилось, и этот процесс перерос в острейший демографический и здравоохранительный кризис, представляющий растущую угрозу национальной безопасности России и ее основе — человеческому потенциалу, его сбережению и развитию.

Причинами кризиса, помимо резкого сокращения госбюджетного финансирования, стали и недостаточное внимание правительства к этой проблеме (это, мол, «не приоритет!»), и непонимание сути системного характера медицины и здравоохранения. Это подтверждается 2 фазами развития кризиса — с начала «перестройки» и экономических «реформ» («лихие 1990-е годы») до 2000 г. и после этого до настоящего времени. Если в первой фазе на здравоохранение вообще не обращали внимания (Гайдар поначалу говорил, что социальную сферу как наследие социализма нужно сохранить, Ельцин чехардой менял министров как не сумевших приструнить врачей — основных виновников жалоб населения...), то во второй пришло осознание опасности демографического провала и упадка (развала) здравоохранения (об этом было сказано в первом президентском послании В.В. Путина в 2000 г.) и была сделана попытка все исправить через экономику по М.Ю. Зурабову и Т.А. Голиковой. Однако это вызвало недовольство и выход пенсионеров на улицы, не дало реального вы-

Потомки не простят

Заведующий кафедрой медицинской информатики и управления при президиуме Российской академии медицинских наук, член-корр. РАМН



движения врачей. Не было и представителей Российского медицинского общества (РМО). А ведь за плечами этих организаций не просто 8 Пироговских съездов, но и целый ряд разработок и рекомендаций, общая боль врачебной профессии за состояние здоровья населения, за доступную и эффективную медицинскую помощь, за системное развитие национального здравоохранения и международное сотрудничество в решении общих универсальных и глобальных проблем. Жаль, что и в проекте решения Форума, и в докладах нет даже упоминания о 8 Пироговских съездах, об их итогах и уроках.

В проекте решения предусматривается учредить (создать) «новую единую профессиональную медицинскую ассоциацию» или организацию, но неясно, какую именно. Будет ли это врачебная организация (напомню, что врачи — это системообразующая профессия в медицине и здравоохранении) или объединение всех медицинских работников (как профсоюз «Всемирная ассоциация медиков»)? Будет ли членство в этой ассоциации обязательным или добровольным? Будут ли членские взносы и какие?

Я полностью и всемерно поддерживаю стремление к слиянию голосов всех общественных медицинских ассоциаций и обществ в единый общий голос! Но это было неоднократно высказано на Пироговских съездах. И почему бы наиболее крупным организациям — РМА, РМО и НМП, уже подписавшим соглашение об объединении в рамках Пироговского движения, уже не начать практически работать вместе?

Теперь о том, чего еще нет (или есть частично) в проекте Решения Форума и что, на мой взгляд, сегодня крайне нужно здравоохранению, всей стране и Президенту России. Разрешите обозначить (сформулировать) несколько общих положений или проблем.

В стране кризис общественного здоровья и здравоохранения. Кризис системный и он продолжается. Медицина и здравоохранение стали одним из болевых очагов. Состоянием здоровья и системой здравоохранения, качеством, эффективностью и доступностью медицинской помощи недовольны все: больные и инвалиды, жертвы ДТП, аварий и катастроф, пенсионеры, многодетные родители. Недовольны бедные и богатые. Недовольны врачи и ученые. Да и руководители страны все чаще говорят о недостатках здравоохра-

хода из кризиса, а, наоборот, разложило (разрушило) всю систему профессионального управления отраслью.

Преодоление кризиса должно (может быть) только системным. Это означает необходимость современных общенаучных методов социального управления и глубокого понимания специфики здравоохранения как социальной системы. И необходимость эффективного взаимодействия между врачебной профессией, населением и обществом.

В.В. Путин, в целом, правильно обозначает ключевые (болезненные) точки и необходимые мероприятия, но, к сожалению, все это еще не увязывается в единую комплексную концепцию и стратегию преодоления кризисных процессов в реформировании и развитии здравоохранения.

В современном мире здоровье признано правом человека, которое обеспечивается обществом через создание комплексной динамической системы здравоохранения. Здравоохранение входит в более крупную систему жизнеобеспечения общества и выступает, с одной стороны, как ведомственная система или сфера профессиональной деятельности врачей и других медико-санитарных работников, а, с другой стороны, как над- или межведомственная, общенациональная система сохранения и улучшения индивидуального и общественного здоровья граждан, сбережения и приумножения человеческого потенциала.

Для здравоохранения необходимы адекватные силы и ресурсы. Но прежде всего кадры. Основу здравоохранения, как и любой социальной системы, составляют люди (кадры, профессиональные, вспомогательные и иные работники). Из них главной (системообразующей) традиционно «ученой» и социально ответственной профессией являются врачи — хранители, «накопители» и «применители» медицинских научных и практических знаний, носители высоких гуманистических и морально-этических традиций и социальной ответственности. «Врач — это лицо, которое, будучи принято в установленном порядке в медицинскую школу, должным образом признанную в стране, в которой она находится, успешно завершило предписанный

Продолжение на стр. 3

ИнтерНьюс

Профессиональные футболисты зависят от лекарств, заявляет эксперт FIFA

Доктор Джири Дворак, президент медицинского комитета FIFA, крайне обеспокоен распространенностью обезболивающих в спортивной среде. По его словам, препараты вредят здоровью игроков и в итоге могут поставить крест на их карьере. В преддверии Евро-2012 Дворак призвал спортсменов одуматься. Особенно это касается молодых игроков, берущих пример с более опытных коллег. Как отмечают независимые эксперты, 16—19% игроков младше 17 лет зависят от нестероидных противовоспалительных препаратов. Кстати, в США 12 бывших игроков Национальной футбольной лиги сейчас судятся с лигой по факту использования мощного противовоспалительного средства Toradol. Надо сказать, прием обезболивающих обусловлен тем, что в спорт стали возвращаться после серьезных травм. В частности, хорват Иван Класнич вернулся после операции по трансплантации почки. Ранее проводившиеся исследования также выявляли факты употребления в больших дозах анальгетиков и нестероидных противовоспалительных средств. Последние при длительном применении грозят повреждениями почек, печени, сердца. Однако данные, собранные в Южной Африке в 2010 году, повергли многих экспертов в шок. Согласно озвученной статистике, 39% игроков пили лекарства перед каждой игрой. Иногда это были более трех препаратов. Особо «отличились» команды Северной и Южной Америк. Принимая во внимание большие нагрузки, почки под дополнительным давлением лекарств могут просто не справиться. При этом спортивных врачей заставляют как можно быстрее поставить игрока на ноги, а это нельзя сделать без сильных медикаментов. Данную проблему признает и доктор Ханс Гейер, заместитель директора ВАДА (Всемирного антидопингового агентства).

Источник: ВВС

Треть россиян поддержала внедрение эвтаназии

Около трети россиян высказались в поддержку внедрения эвтаназии в стране. Такие данные были получены в ходе социологического исследования, проведенного фондом «Общественное мнение». Результаты опроса опубликованы пресс-службой фонда. Представители фонда опросили 1,5 тысячи жителей РФ в 43 регионах страны. Организаторы задали участникам ряд вопросов, касающихся эвтаназии. При этом 20 процентов респондентов заявили, что впервые слышат об этом понятии. На вопрос, допустимо ли официальное разрешение эвтаназии в России, утвердительно ответили 32 процента участников. Аналогичное число россиян высказались против такой инициативы. Более трети респондентов затруднились ответить на этот вопрос. Основным аргументом сторонников эвтаназии являются гуманные соображения о прекращении человеческих страданий по его собственной воле. Противники внедрения данной процедуры руководствуются религиозными взглядами, а также возможными злоупотреблениями при ее проведении. Согласно данным опроса, попросить специалистов выполнить эвтаназию готовы чуть более четверти россиян. Эвтаназия — добровольный уход из жизни человека, который страдает неизлечимым заболеванием и испытывает невыносимые страдания. Соответствующие процедуры легализованы в Бельгии, Нидерландах и Люксембурге. Закон «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», подписанный президентом Дмитрием Медведевым в ноябре 2011 года, запрещает проведение эвтаназии.

Источник: <http://medportal.ru>

Физическая нагрузка — прекрасная альтернатива обезболивающим

Боль, вызванная поврежденными нервами, можно вылечить, если регулярно тренироваться. Исследование показывает: нейропатическая боль уходит, так как во время занятий вырабатываются противовоспалительные вещества. Данный эффект был проверен на примере грызунов. После инициированной травмы группу животных заставили плавать и бегать в течение нескольких недель. Оказалось, занятия снижали остроту боли (животные не столь остро реагировали на температурные раздражители и давление) — аномальный ответ уменьшался на 30—50%. Более детальный анализ выявил повышенное производство белка теплового шока-27 и снижение выработки воспалительных цитокинов, в частности, фактора некроза опухоли-альфа и интерлейкина-1-бета. Нейропатическая боль связана с ощущением жжения и онемения. Она не контролируется обычными обезболивающими средствами. Работают антидепрессанты и противозипелитические препараты, но они вызывают значительные побочные эффекты. А вот физическая нагрузка показана всем.

Источник: <http://www.meddaily.ru>

О книге Н.А. Магазаника «Диагностика без анализов, врачевание без лекарств»

Книга Норберта Александровича Магазаника удивляет и привлекает читателя с самого своего названия. Сегодня, когда никакой уважающий себя врач не назначит больному даже аспирин, не проведя ультразвукового исследования или даже спиральной компьютерной томографии, говорить и даже думать о врачевании без анализов и лекарств? Не слишком ли это смело и архаично? Оказывается, нет. Ведь автор — доктор медицинских наук, профессор, прошедший длинный путь становления от врача деревенской больницы до главного терапевта столичной клиники.

Книга предназначена врачу, только начинающему свой путь восхождения на высоту, называемую «клиническое мастерство», работающему и в крупной клинике, и на поликлиническом участке. Автор доказывает, что умело используя старые традиционные методы диагностики (расспрос, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация), которые применяют на протяжении многих поколений сотни тысяч врачей, можно ставить точные диагнозы, не отходя от постели больного, и проводить вполне надежное лечение. На многих примерах из собственной практики Норберт Александрович показывает, как «древние», «рутинные» методы, занимающие всего 2—3 минуты, позволяют врачу установить должный психологический контакт с пациентом, повышают авторитет врача и значит — помогают и врачу, и больному в борьбе с недугом.

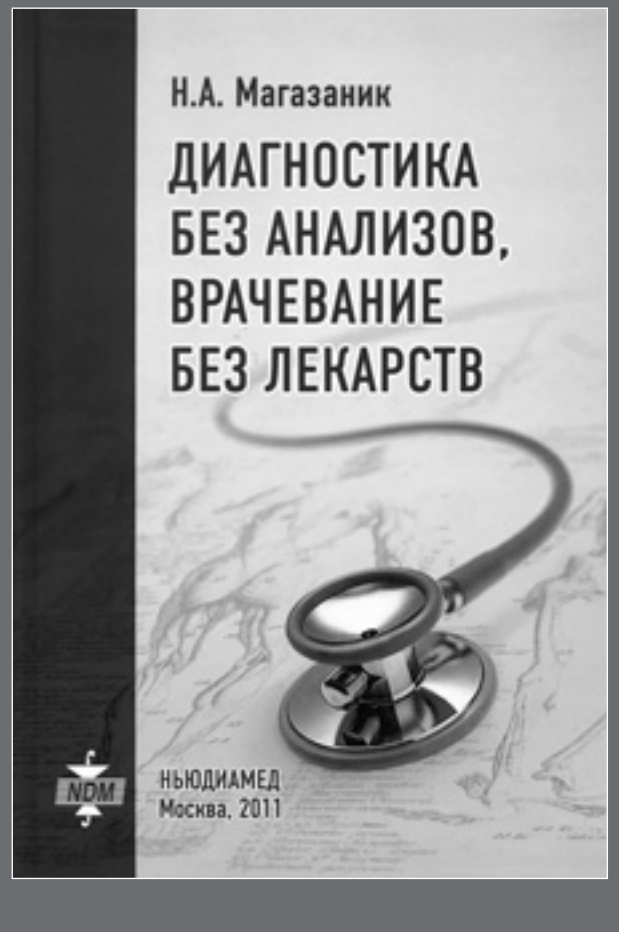
Психологический контакт, способность увидеть личность больного человека, дать ему возможность понять, что он пришел не к чиновнику с медицинским дипломом, а к приветливому и знающему человеку — необходимое условие для надежного избавления пациента от болезни. Такая мысль пронизывает всю книгу этого настоящего врача-психолога.

Внимательный читатель (а автор книги явно рассчитывает именно на такого) найдет в ней немало полезных практических советов по эффективному использованию тех простых диагностических приемов, что весьма поверхностно описаны в современных учебниках по семиотике и диагностике внутренних болезней. И в этом смысле книга — это своеобразный учебник, иллюстрированный примерами из богатой жизни практического врача Н.А. Магазаника.

Ряд разделов книги, особенно раздел «Высокопоставленный пациент», насыщен положениями, относящимися к так называемой «жизненной философии». Главная мысль помещенных здесь рассуждений — врач никогда не должен забывать о своем высоком предназначении, быть честным по отношению к своим пациентам и к своей профессии. Отступления от этих правил приносят несчастья и пациенту, и врачу. Соблюдение же их, особенно в нестандартных ситуациях, — нередко чревато неприятностями, но теперь уже только для врача. Какой путь избрать? Это зависит от особенностей характера врача, его совести.

Вывод, который можно сделать, прочитав эту явно нестандартную книгу конкретен: опытный врач-профес-

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



сионал написал книгу, которую должен прочитать каждый врач, любой специальности, и не только начинающий. Можно рекомендовать издательству организовать перевод этой редкой для современной литературы книги на другие языки. Ни отечественная, ни зарубежная литература не знает примеров подобных книг.

д.м.н., проф. Анатолий Петрович Зильбер,
заведующий кафедрой критической и респираторной медицины Петрозаводского государственного университета,
заслуженный деятель науки РФ, академик Российской Академии медико-технических наук,
почетный работник высшего профессионального образования РФ,
почетный член Правления Федерации анестезиологов и реаниматологов РФ, народный врач Республики Карелия

Внимание! Новая книга!



Патология, связанная с дисбалансом свертывания крови, мало знакома большинству врачей. В книге описаны и патология гемостаза изложены простым, доступным языком. Освещены проблемы ДВС-синдромов, тромбоцитопений, профилактики тромбоэмболии легочной артерии, болезни Виллебранда и гемофилии, геморрагического васкулита и др. Отдельным разделом вошли в книгу темы лечебного плазмафереза, неотделимая от проблем лечения патологии гемостаза. Студент, интерн, ординатор, практический врач вне зависимости от специальности найдет здесь исчерпывающую информацию о современном состоянии дел с патологией гемостаза. Книга будет полезна и специалистам лабораторного дела, так как они должны быть активными участниками диагностического и лечебного процесса.

Внимание!
В издательстве НЬЮДИАМЕД
вышла новая книга!

ЗАТРАТЫ,
КАЧЕСТВО
И РЕЗУЛЬТАТЫ
В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

КНИГА ТЕРМИНОВ ISPOR

РЕДАКТОРЫ
Марк Л. Бергер
Кристиан Бонифорс
Дэвид С. Куддман
Крис Л. Пашин
Джордж В. Торранс

ОТВЕТСТВЕННЫЙ
РЕДАКТОР
Марклин Дикс Смит



МЕЖДУНАРОДНОЕ ОБЩЕСТВО
ИНТЕРНАЦИОНАЛЬНЫХ
ИЗДАТЕЛЕЙ

Начало на стр. 1 ↗

курс медицинских наук и получило квалификацию, дающую юридическое право на медицинскую практику (включая профилактику, диагностику, лечение и реабилитацию) с отправлением независимых суждений в интересах укрепления общественного и индивидуального здоровья» (ВНА25.42. 1972.) «Врачи — ключевая (системообразующая) профессия в системе здравоохранения, которая может быть успешной лишь в той мере, в какой она облегчает труд врачей, делает его более свободным и эффективным. Только через врачей или с учетом врачебных рекомендаций и предписаний СОЗН и СВЗ может обеспечить свои социальные цели — защитить жизнь и здоровье каждого человека и всего населения». (III ПСВР. 1999.)

Здравоохранение как любая система требует подсистемы управления не меньшей сложности, обязательно сочетающей все необходимые медицинские (здравоохранительные) и общие (политические, экономические, социальные, территориально-административные и другие) компоненты. Управление всегда начинается с анализа окружающей среды и самой системы, ее целей, сложившихся условий и угроз, динамики и тенденций в общественном здоровье и в состоянии системы здравоохранения, возможностей сбережения и приумножения человеческого потенциала (капитала).

Такого анализа до сих пор не было. Публикуемые цифры МЗСР и Росстата о демографических и здравоохранительных успехах недостаточны, недостоверны и вызывают сомнения у специалистов. Более того, для глубокого системного анализа недостаточно ни «кипячей деятельности» чиновников Минздрава РФ, ни даже мнения всех работников медицинских профессий, а необходимо объединенное заключение врачей, ученых и специалистов многих других профилей: демографов, социологов, психологов, экономистов, политиков и других.

Поэтому, во-первых, нужно создать рабочую группу (парламентскую, президентскую, министерскую, межотраслевую и межведомственную), включив в нее наиболее активных и авторитетных в соответствующих сферах знаний ученых, обязательно с учетом различий их позиций, чтобы избежать односторонности подхода, субъективизма или просто ошибки со стороны даже очень уважаемых ученых (такие меры, кстати, с успехом применяются в США и других странах).

Нужна такая рабочая группа, которая работала бы сколько нужно и дала бы анализ реальной опасности и трудностей, чтобы на этой основе сформулировать идею преодоления кризиса и системную концепцию дальнейшего реформирования и развития здравоохранения. Собрать таких ученых воедино только Минздрав и РАМН не могут, это может только государственная власть, которая должна поставить самые коренные вопросы перед всем научным сообществом (и всем обществом), создать условия и определить сроки, потребовать от экспертов — единого, согласованного (с указанием разногласий до или после определенного уровня) ответа и основных рекомендаций и предложений по преодолению кризисной ситуации. А затем принять и осуществить эти предложения. Или отклонить их и потребовать новых рекомендаций.

Во-вторых, необходимы общая идея, замысел, концепция и стратегия реформирования и развития здравоохранения, поскольку нельзя реформировать систему, не определив конечную цель, которую мы хотим достигнуть, не ответив на главный вопрос: а какое здравоохранение мы можем и хотим иметь в России. Жизнь подсказывает только 1 ответ: России нужно здравоохранение единое и эффективное, научно обоснованное и учитывающее всесторонний опыт здравоохранения нашей страны (он этого заслуживает), а также других стран мира. Поэтому Правительство должно поручить той же экспертной комиссии разработку Концепции реформирования и развития здравоохранения — не просто «размышлений на заданную тему», а концентрированного изложения ситуации, замысла идеи, цели и методов ее достижения.

Такую концепцию нельзя «просто написать», и об этом говорят неудачные попытки МЗСР разработать Концепцию здравоохранения в 2008 г. (и еще раньше — по поручению Президента Б.Н. Ельцина). Для этого вначале нужно определить медицинскую суть задачи, и только потом — потребные ресурсы, кадры и другие условия, в том числе — затраты и источники финансирования, которые должны быть объективно обоснованы, реальны, но амбициозны и смелы. К сожалению, это упорно «не понимает» Минздравсоцразвития.

В-третьих, извлечь уроки из прошлых программ — прежде всего «Национального приоритетного проекта здоровье» и ряда государственных программ, результаты которых более чем скромны и никак не соответствуют поднятой шумихе и радужным докладам МЗСР.

В-четвертых, пересмотреть и все принятые недавно, несмотря на протесты врачебной общественности, экспертов, законы (тут трудно согласиться с мнением В.В. Путина, что уже «в 2011 г. была создана принципиально новая правовая база развития российского здравоохранения»). Целый ряд положений в принятых законодательных актах противоречат друг другу и не создают ясных ориентиров для развития системы.

В-пятых, необходимо решительно углубить изучение экономики и на этой основе улучшить финансирование здравоохранения. Экономика — вторая (после понимания медицинской задачи) основа здравоохранения. Без экономики нет ни медицинской помощи, ни здравоохранения как

системы, хотя ни здоровье и болезни, ни медицина и здравоохранение в рыночные рамки не укладываются. К сожалению, у нас еще не было и нет глубокого понимания экономики здравоохранения и даже серьезных попыток изучения этих проблем. Нет ответов на вопросы: что должно и может общество (человек, государство) получить от здравоохранения, какой вклад вносит система здравоохранения в человеческий капитал и в благополучие страны? Нет серьезного анализа и достоверных оценок всех расходов на здравоохранение в сопоставлении с полученными результатами. Нет ответов и на конкретные вопросы: Сколько нужно средств тратить на здравоохранение? Из каких источников и в какой форме их получить? И как их наиболее эффективно израсходовать (использовать, применить). Как стимулируется эффективность системы (мотивация врачей и пациентов, о чем правильно пишет В.В. Путин), снижение поборов и коррупции и пр.

Источники — бюджеты разных уровней, соплатежи граждан, работодателей, благотворителей — могут быть разными, а система — единой, и ее функции по отношению к человеку, пациенту, общине — скоординированными, неразрывными, согласованными по разным этапам и территориям.

Нынешние экономисты (даже многообещающие эксперты ВШЭ) расписались в бессилии, поэтому нужно стимулировать изучение проблем финансирования здравоохранения на макронациональном уровне, разработку методологии измерения количества и качества труда врача, количества и качества результата системы и пр.

В-шестых, необходима ориентация всех — эшелонов государственной власти, управления и экономики, медицинского и научного сообщества, всего населения — на упорную и совместную работу на основе взаимопонимания, согласия и взаимодействия. В основу может быть положена предложенная Пироговскими съездами врачей идея государственно-общественного управления системой здравоохранения, сочетающего государственные (политические, экономические и административные) элементы с общественно-профессиональными (медико-санитарными), морально-этическими и общечеловеческими правами и обязанностями.

С учетом ведущихся во многих странах дискуссий по вопросам медицинского права и этики, о недостаточности традиционной «клятвы Гиппократова» был предложен переход к трехстороннему «общественному договору» о взаимных интересах, правах и обязанностях 3 сторон: врачей (как профессии системообразующей в здравоохранении) — пациентов (населения) и государства (общества).

И наконец, в седьмых, для того, чтобы добиться этого, нужно перестать наступать на одни и те же грабли и упорядочить структуру и управление системой здравоохранения как на уровне отрасли, в которой Минздрав является «мозгом» и органом управления, так и на уровне общенациональной задачи сбережения народа и приумножения человеческого потенциала, в которой Министерство здравоохранения должно выполнять функции «Генерального штаба» и координатора всех ведомств по «критерию здоровья». Ведь первое в мире Министерство здравоохранения (Наркомздрав в Советской России в 1918 г.) именно так и создавалось в качестве объединяющего, директивного и управляющего центра «всем медико-санитарным делом». Правда, к сожалению, если Минздрав эту роль не выполняет, получается по Швейку: «Дела на фронте шли хорошо, пока не вмешался Генеральный штаб»).

И возглавлять Минздрав должен врач — человек, понимающий особенности и смысл деятельности этой системы. И хоть не боги горшки обжигают, это должны быть мастера! Ведь даже хороший врач — еще не всегда хороший организатор здравоохранения, он еще должен многому учиться. А вот чиновник, не понимающий сути медицины и здравоохранения и их функций, уже поэтому просто плохой организатор — об этом писал еще Н.И. Пирогов, этому учили две мировые войны. С учетом этого даже в западных странах Министрами здравоохранения, если порой и назначают политиков, то обязательно их подкрепляют авторитетными медико-санитарными советниками. Это вовсе не отрицает и необходимость в здравоохранении разных технических специалистов, юристов, экономистов, информационных технологов, статистиков и даже менеджеров и т.п. Более того, без всех этих специалистов работать нельзя. Важно только, кто является дирижером, первой скрипкой, лидером.

И тут нельзя не повторить вслед за М.Д. Ковригиной «похвальное слово» организаторам здравоохранения. Это появившаяся впервые в мире именно в нашей стране врачебная специальность сочетает требования к врачу как ученому, клиницисту и руководителю коллектива, который во всех трех ипостасях должен обладать громадными научными (теоретическими) и практическими знаниями, уметь видеть и предвидеть ход событий, формулировать существенные цели, принимать решения и нести ответственность за их результаты, объединить и направить труд многих людей (на Западе лишь спустя много десятилетий заговорили о «бригаде» здравоохранения). Врачебная специальность — организатор здравоохранения — появилась в период перехода от медицины к здравоохранению, она порождена этим переходом.

В заключение — еще несколько соображений. А. Усилить роль науки и РАМН в здравоохранении. Здравоохранение — система наукоемкая и наукозависимая,

ИнтерНьюс

Роспотребнадзор ужесточит требования к уровню пестицидов в пище

Роспотребнадзор начал приводить российские требования к безопасности пищевых продуктов в соответствие с международными нормами: будут ужесточены стандарты, описывающие максимальный уровень содержания в продуктах остаточных пестицидов, антибиотиков и других веществ. Изменение нормативов проводится в рамках вступления России во Всемирную торговую организацию. При смене стандартов Роспотребнадзор будет учитывать действующие в ЕС нормы и свод международных пищевых стандартов «Кодекс Алиментариус», принятый комиссией ФАО/ВОЗ. Требования к максимальному содержанию тяжелых металлов и радионуклидов также будут приведены в соответствие с нормами Евросоюза, ужесточенными после аварии на АЭС Фукусима-1 в 2011 году. При этом планируется сохранить отечественные требования к уровню остаточного содержания антибиотиков тетрациклиновой группы, поскольку российские нормативы в этом случае жестче европейских. В Роспотребнадзоре считают, что при смягчении стандартов возрастет риск для здоровья населения. «Европейские партнеры представили в Роспотребнадзор научные данные и мнения стран-членов ЕС о допустимости применения молочной кислоты для удаления поверхностных загрязнений с туш животных при переработке. Данная информация особенно важна в контексте действующего в России и ЕС запрета на использование хлорсодержащих веществ для обработки мяса птицы», — отмечается в сообщении. Протокол о присоединении России к Всемирной торговой организации был подписан 16 декабря 2011 года. Вместе с ним был утвержден пакет документов, в числе которых — обязательства по доступу на рынок товаров и услуг. Ратификация этих документов в России должна быть проведена до 23 июля 2012 года.

Источник: <http://rosпотребнадзор.ru>

Созданы линзы-«хамелеоны» для диабетиков

Для миллионов жителей планеты, страдающих сахарным диабетом, ежедневный анализ крови является неудобной и зачастую болезненной, но жизненно необходимой процедурой. Однако ученые из Университета Акрона (University of Akron) разработали новый способ определения уровня сахара в крови диабетиков без применения инвазивных методик. Они создали чувствительные к глюкозе контактные линзы, которые при повышении ее концентрации в слезной жидкости изменяют свой цвет. «Эти контактные линзы работают как рН-индикатор, который мы использовали в школе на уроках химии, — объясняет доктор Чжун Ху (Dr. Jun Hu), доцент химии в университете. — рН-индикаторы меняют цвет в зависимости от кислотности жидкости или концентрации протонов в ней. Примерно так же действуют созданные нами линзы, реагируя на концентрацию молекул глюкозы и изменяя цвет находящегося в них красителя». Человек, который будет носить такие контактные линзы, не заметит изменения их цвета, поэтому ему придется периодически посматривать в зеркало. Однако ученые пошли еще дальше: в настоящее время они разрабатывают специальное приложение для мобильных телефонов, которое способно анализировать фотографию глаза диабетика и определять точный уровень сахара в его крови по цвету контактной линзы. «Все, что вам нужно, чтобы оценить свой уровень глюкозы в крови, — это телефон с камерой. Сфотографируйте свой глаз — и вы узнаете точную концентрацию сахара без врачей и глюкометров», — говорит доктор Ху. Удобство в применении контактных линз должно улучшить compliance пациентов, которые могут пренебрегать ежедневными анализами крови из-за необходимости делать уколы. К тому же, в течение дня концентрация глюкозы в крови постоянно меняется, поэтому глюкометры не способны дать полной картины суточных изменений уровня сахара в крови, в отличие от новых контактных линз.

Источник: <http://www.abc-gid.ru>

ИнтерНьюс

Мужчины имеют намного больший шанс погибнуть в ДТП, чем женщины

Согласно результатам нового исследования, проведенного группой ученых из Австралии, мужчины в среднем имеют в 2,6 больше шансов погибнуть в дорожно-транспортном происшествии, чем женщины. Причем наибольший риск среди представителей сильной половины человечества наблюдается в двух возрастных категориях — между 17 и 24 годами и после 70 лет. Здесь риск погибнуть в ДТП в среднем в 4 раза выше, чем среди женщин. За весь 2011 год на дорогах Австралии погибло 932 мужчины и 356 женщин. При этом 39% аварий произошло в период между 6 вечера и 6 утра.

При этом более 40% аварий приходится на выходные дни, в то время как более чем 80% аварий со смертельным исходом происходят на участках дороги, где разрешено движение со скоростью в 90 км/ч и более — отмечают исследователи. По мнению ученых, мужчинам в силу определенных физиологических особенностей присуща более агрессивная и смелая манера вождения. Интересно, что в среднем риск попасть в ДТП среди мужчин и женщин является приблизительно одинаковым, причем в разные годы ведения статистических наблюдений и в разных возрастных группах женщины иногда выходили на первое место в данном списке. Однако несмотря на то, что мужчины традиционно имеют намного больший риск попасть в аварию, в которой будет, по крайней мере, один смертельный исход. В то же время среди женщин риск попасть в ДТП со смертельным исходом значительно слабее зависит от их возраста. Хотя в возрастных категориях между 17 и 24 годами и после 70 лет риск попасть в аварию также был повышенным.

Интересно, что в отношении пожилых людей, скорее всего в скором времени, на территории той же Австралии, а также Великобритании, США и Канады будут приняты ограничения на вождение автомобиля. В частности, в их отношении предлагается установить специальные ограничения скорости, а также определить дороги, на которых те не смогут ездить. В их адрес также звучат и достаточно радикальные предложения, требующие ввести возрастную ценз по истечении которого человек теряет право водить машину. В обосновании необходимости такой меры ее авторы указывают, что в развитых странах более 22% аварий приходится именно на пенсионеров. В странах Восточной Европы, и в частности в России, подобная проблема по существу отсутствует, поскольку в данном случае значительно меньшее количество пенсионеров в состоянии приобрести и обслуживать собственный автомобиль.

Источник: Medlinks.ru

Составлен рейтинг самых грязных мест в офисе

Компания, которая производит моющие средства, провела исследование на определение мест в офисе, которые наиболее опасны для сотрудников. В результате эксперты назвали шесть самых грязных поверхностей. Они провели экспертизу на содержание молекул аденозинтрифосфата (АТФ) в разных местах. Эта молекула присуща всем животным и растениям, а также бактериям, дрожжам и клеткам плесени, но чем выше его содержание, тем больше риск загрязнения бактериями и вирусами. Эксперты взяли пробы с огромного количества поверхностей в офисах различной сферы деятельности, где работают около 3000 человек. Затем эти пробы были проанализированы на основе санитарно-гигиенических норм для промышленных предприятий. Нормой считается содержание АТФ не более 100 молекул на квадратный метр. Если количество АТФ превышает показатель в 300 молекул, то данная поверхность является повышенной зоной риска распространения вирусов и бактерий. В результате самыми опасными для здоровья местами в офисных зданиях стали краны раковин в туалетах (75%). Второе место по шкале «опасности» принадлежит ручкам микроволновых печей (48%). Третье место занимают клавиатуры компьютеров (27%). Немного не дотянулись до третьего места ручки холодильников — 26%. Пятое и шестое места заняли соответственно кнопки питьевых фонтанчиков и машин для кофе, а также других торговых машин офисов. Большинство людей осведомлены о возможности подцепить микробы в туалетных комнатах, но часто не знают о подобном риске и в других местах.

Микробиологи из Аризонского университета сообщают, что микробы могут распространиться по всему офису. Абсолютно обезопасить себя от их влияния маловероятно, однако риск заболевания простудой, гриппом и болезнями желудка можно снизить до 80%.

Источник: MIGnews.com

Начало на стр. 1, 3

новые знания накапливались постепенно, даже в очень трудных условиях. Изучение и борьба с эпидемиями, войны и травмы, открытия и научные революции учат именно этому. А сейчас, когда медицина и биология вышли на самый гребень Всеобщей научно-технической революции (НТР), недооценка роли науки в здравоохранении — безграмотна и преступна. Наша страна долгие годы была самым активным участником международных научных программ ВОЗ, но сейчас в значительной мере утратила свои позиции. И мы как-то перестали учитывать, что в науке как особом виде человеческой деятельности ведущая роль принадлежит «прозрению» творца — ученого. Но свободному и автономному творчеству нужны и финансирование и организация.

У нас была лучшая модель управления наукой со стороны созданной в годы войны АМН СССР (ныне РАМН), ее методы управления наукой (научные советы, проблемные комиссии, межведомственные и межотраслевые программы) копировали и США и Европа. А мы в последний период не только сократили и без того недостаточное финансирование, пытались подменить его административно-бюрократическими выкрутасами и «заимствованными» недавно сложившимися на Западе грантами, — без учета разницы условий и традиций. Была принижена роль РАМН, которая всегда (даже при министрах-академиках) пользовалась в здравоохранении определенной автономией. На равном месте разгорелся скандальный конфликт между научно-медицинским (академическим) сообществом и министром-финансистом. Необходимо принципиально изменить отношение к медицинской науке и к роли РАМН как лидера и главного координатора всей медицинской и медико-социальной науки в России.

В. Информатизация в здравоохранении. Здравоохранение как любая система функционирует успешно только при свободном обмене информацией с окружающим миром (средой) и внутри системы между всеми ее компонентами по множественным каналам прямой и обратной связи. Это требует полного взаимопонимания и взаимодействия не только Правительства (власти), но и всего общества — врачей и ученых, населения (пациентов) и самых различных сфер экономики и социальной жизни. Это охватывается понятиями «единое информационное пространство» и «информационное общество», о чем много говорят, но совершенно недостаточно делают в здравоохранении. Нет серьезных усилий в решении целого ряда сложных проблем как медико-санитарного, так и информационно-технического характера. Сегодня в жизни общества произошел коренной переворот в связи с внедрением информационных и телекоммуникационных технологий (ИКТ). Мир «уменьшился»

(«схлопнулся»). Но в здравоохранении и науке процессы информатизации идут медленно, неравномерно, стихийно (как чертополох на огороде). Средств на информационное перевооружение практически нет, а утвержденная недавно Минздравом «Концепция информатизации» безграмотна и вызывает отторжение как медицинского, так и информационного сообщества. Это показывают ежегодные конференции Медсофт и другие, письма АРМИТ, слабая активность РАМН.

Между тем, становятся все более необходимыми принципиально новые методы и средства сбора, передачи, хранения и использования информации, без которых невозможны ни анализ и прогнозирование здоровья, ни управление, ни дальнейшее развитие медицинской науки и практики. Одной из первоочередных сложных задач является создание единой электронной истории болезни (или пожизненного паспорта здоровья), необходимой уже сейчас, но еще больше в будущем в связи с переходом не к «стандартной», а «персонализированной» медицине.

Г. Международный опыт и сотрудничество. Гуманизм и традиции медицины издавна распространялись через государственные и иные границы, однако XX столетия (особенно во второй половине после создания ВОЗ) получило развитие международное (межгосударственное) сотрудничество в сфере здравоохранения.

Взялись и стали изучаться не только национальные, но и международные (сходные или общие для многих стран) и глобальные (требующие объединения усилий всех без исключения стран) проблемы здравоохранения. К последним, в частности, относятся международная координация науки, борьба против инфекций и эпидемий, глобальный эпидемиологический контроль; проблемы травм и насилия; распространенные неинфекционные заболевания; проблемы экологии и оздоровление биосферы; производство и международная торговля лекарствами; и ряд других проблем. Фактически началось формирование глобальной системы охраны здоровья народов мира. Сегодня ВОЗ уже осуществляет целый ряд функций, невозможных на уровне отдельных стран.

Наша страна после Второй Мировой войны занимала активные позиции и была лидером в постановке и решении целого ряда проблем медицинской науки и здравоохранения в ВОЗ, имела межправительственные соглашения с целым рядом Западных стран, помогала многим развивающимся государствам. Наиболее активными были позиции по системной организации здравоохранения и, в частности, по организации первичной медико-санитарной помощи и эшелонированной медицинской помощи населению, по охране материнства и детства, по подготовке национальных медицинских кадров. Большим успехом была инициатива в постановке задачи и в реализации программы ликвидации оспы в мире, в борьбе против эпидемических и других массовых заболеваний и т.д. Триумфом стало проведение Международной конференции по первичной медико-санитарной помощи в Алма-Ате в 1978 г.

За последние 2 десятилетия, однако, наши позиции в международном здравоохранении были утрачены, тогда как потребность в них продолжает даже возрастать в связи с объективным фактом сформирования и развития общемировой функциональной системы здравоохранения, в которой наша страна играла и играет активную роль, с которой мы связаны и от которой мы зависим (как и она от нас) и в будущем не сможем обойтись. Поэтому международную активность российского здравоохранения нужно значительно повысить, особенно в рамках ВОЗ. Пассивность России в этих условиях непонятна, тем более, что у нас есть неплохие заделы для активизации позиции.

Так очень перспективна международная разработка выдвинутой Пироговскими съездами идеи «общественного договора в здравоохранении», который уточнял бы взаимные права и обязанности 3 сторон: врачей (системы здравоохранения) — пациентов (населения) и государства (общества), обеспечивал бы им возможность партнерских и доверительных отношений, свободного проявления своей воли и выбора, сочетания государственных (политических, экономических и административных) интересов с общественно-профессиональными (медико-санитарными), морально-этическими и общечеловеческими правами и обязанностями.

Г. И в конце — снова о роли правительства. После того как будут получены все советы и рекомендации от экспертов, Правительство должно принять и, несомненно, примет Главное решение по полученным предложениям и проектам реформирования и развития здравоохранения. Правительство же придется обеспечить условия и возможности для реализации программы, назначить компетентных исполнителей и строго спрашивать за результат. Жестко менять тех, кто не может или не хочет выполнять общее решение, тем более — демагогов.

И все это, исходя из единственной и главной цели, — новой парадигмы развития общества: не ради извлечения прибыли, не в целях политического или военного, религиозного или расового доминирования или для чего-либо еще, а только для всемерного и разностороннего развития человека и рода человеческого, развития и приумножения человеческого не капитала, а именно потенциала. И тут, несомненно, у каждого народа свои традиции, возможности и вызовы. Есть и у России с ее историческими традициями духовности, служения человечеству, миролюбия, трудолюбия и готовности самопожертвования перед лицом общей угрозы, несомненно, свой Великий шанс. И его нельзя упустить: потомки не простят.

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

**ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ
ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ ТЕРАПИИ МГНОТ
от 21 февраля 2012 г.**

Тема заседания:

«Острые и хронические респираторные инфекции»

Председатель: проф. В.Е. Ноников

Руководитель ВШТ МГНОТ: проф. П.А. Воробьев

**Макролиды в режиме антибактериальной терапии.
Позиции сохраняются.**

Профессор Зайцев А.А.

Антибактериальная терапия — уникальный, специфический метод лечения. Появляются новые схемы применения антибактериальных препаратов, меняется эффективность антибиотиков, антибиотикорезистентность.

В поле зрения нашего сегодняшнего заседания попали макролиды. Речь идет о наиболее часто назначаемых из них, кларитро- и азитромицине.

Эра макролидных антибиотиков началась с 50-х годов прошлого столетия, когда из почвы Филиппинских островов был выделен эритромицин, который применяется до сих пор, в том числе и при инфекциях нижних дыхательных путей. На тот момент это была очевидная альтернатива бета-лактамам. Но с течением времени отметили некоторые слабые стороны этого препарата: нестабильность состава, не всегда понятная биодоступность, большое количество лекарственных взаимодействий и нежелательных реакций.

Внутриклеточные микроорганизмы не только существуют, но и имеют определенное значение в патогенезе инфекционных заболеваний человека. Речь идет о таких возбудителях, как микоплазма, хламидии, легионелла. Все это послужило тому, что в 70—80-х годах прошлого столетия было создано достаточное количество макролидных антибиотиков. Препараты делятся на 14-, 15- и 16-членные макролиды. Порядка 20 из них зарегистрированы в РФ. Почему же из такого большого спектра обсуждается всего 2 препарата: азитро- и кларитромицин? Потому что препараты более активны в отношении гемофильной палочки, обладают улучшенными фармакологическими характеристиками, позволяющими принимать их 1—2 раза в сутки, хорошей переносимостью, высокой комплаентностью и возможностью применения более короткими курсами.

Все эти особенности привели к тому, что азитромицин является одним из самых назначаемых антибиотиков в мире. В США в 2009 г. было выписано порядка 54 млн рецептов на азитромицин. Он занимает 5 место среди всех лекарственных средств.

В большинстве стран мира макролидные антибиотики находятся на втором месте после бета-лактамов.

Исследование частоты потребления антибактериальных препаратов в 1998—2007 гг. показало, что частота применения эритромицина сократилась на 76%, а кларитро- и азитромицина выросла на 8%.

Роль макролидных антибиотиков в лечении инфекций дыхательных путей определяется активностью в отношении ключевых возбудителей, высокой концентрацией в очаге инфекции, благоприятным профилем безопасности, наличием иммунокорректирующего эффекта.

Азитро- и кларитромицин обладают высокой активностью в отношении пневмококка, активны в отношении гемофильной палочки, обладают беспрецедентной активностью в отношении таких возбудителей, как микоплазма и хламидии.

Имеется рост антибиотикорезистентности: в странах юго-восточной Азии, Сингапуре, Тайвани, некоторых районах Китая резистентность составляет до 80%. До 30% штаммов пневмококка резистентны к эритромицину в США. Неоднозначная ситуация в Европе: 1,4% — в Швеции и Нидерландах, 36—58% — в Испании и Франции. В РФ до сих пор, по данным смоленских исследований, уровень резистентности пневмококка не превышает 7%.

В отношении гемофильной палочки частота умеренно-резистентной палочки к кларитромицину не превышает 10%, всего лишь 2% были резистентны к азитромицину.

По тканевому аффинитету безусловным лидером является азитромицин. Концентрация его в легочной ткани превышает в несколько раз концентрацию других антибиотиков. Азитромицин является безусловным лидером по внутриклеточному проникновению препарата, имеет высокие значения по проникновению в нейтрофилы, альвеолярные макрофаги.

Макролидные антибиотики являются одними из самых безопасных антибактериальных препаратов. Частота обращения за экстренной медицинской помощью по поводу нежелательных реакций 5% на макролиды, азитромицин — 4,5%.

Одно из последних данных FDA — токсичность. Макролидные антибиотики обладают гепатотоксичным действием. По данным 2009 г., не было зарегистрировано ни одного случая гепатотоксичности макролидов, который бы закончился летально. Очень интересное письмо, которое, наверное, взбудоражило публику и врачебное сообщество, которое датировано 22 апреля 2011 г., подписанное Центром экспертизы безопасности лекарственных средств. Он информирует о возможности развития серьезных нарушений функции печени при применении азитромицина. На основании указанных выше сведений о безопасности препарата, принято решение о внесении в список соответствующих нежелательных реакций в инструкцию по применению препарата.

Заканчивая экскурс в отношении токсичности макролидов, давайте разберемся, насколько они, в частности, азитромицин, обладают этими свойствами.

За период с 1991 по 2000 г. в более чем 200 миллионах назначений азитромицина было зарегистрировано 24 случая поражения печени. И ни один из них не закончился смертельным исходом. В 5 случаях имело место совместное назначение парацетамола.

Макролиды обладают гепатотоксичным действием, но эти нежелательные явления обладают дозозависимым эффектом. При применении азитромицина минимальная курсовая доза 1,5 г. При увеличении длительности лечения доза возрастает, но не до таких цифр, как у остальных антибиотиков.

Частота обнаружения аллергических реакций не превышает 1%. То есть макролиды — одни из самых безопасных.

С 1970 по 1996 г. на фоне применения эритромицина было зарегистрировано 346 случая сердечных аритмий, в том числе 49 тяжелых. В процессе эксперимента было показано, что наибольший аритмогенный эффект отмечен у эритромицина, а наименьший — у азитро- и кларитромицина.



Известен противовоспалительный эффект макролидных антибиотиков, связанный с ингибированием продукции провоспалительных цитокинов и, наоборот, с усилением продукции противовоспалительных средств. Но такой фактор, как торможение выработки факторов вирулентности *Pseudomonas aeruginosa*, в общем-то, нашел даже свои клинические рекомендации. Мы знаем, что длительная терапия азитро- и кларитромицином у больных с муковисцидозом способствует удлинению длительности безрецидивного периода.

Высокая комплаентность терапии — тоже очень важный фактор. Сервантес в своем знаменитом романе озвучил суть комплаентности: «И самое лучшее лекарство не поможет больному, если он отказывается его принимать». Под комплаентностью понимаем степень соблюдения пациентом режима терапии, который назначен врачом. На удивление, даже при лечении инфекции дыхательных путей, комплаентность пациентов страдает: пациенты с синдромом интоксикации, с определенными жалобами, и при всем при этом комплаентны у этих больных не достигает 100%. Мировые тенденции говорят о том, что, примерно, в 1/3 случаев антимикробной терапии при лечении инфекций дыхательных путей прием прекращается пациентами досрочно. По данным отечественного исследования, каждый второй пациент, выходя за порог врачебного кабинета, либо уже изначально не готов согласиться с нами, либо будет соблюдать наши рекомендации до какого-то определенного момента.

Обратите внимание, какие факторы способны очевидным образом повлиять на комплаентность. Прием препарата 1, максимум 2 раза в сутки. Длительность терапии. Здесь вопрос тонкий. Короткие курсы не всегда рекомендованы. В отношении азитромицина существует возможность сокращения длительности терапии при лечении инфекции дыхательных путей, при тяжелых формах — до 5 суток.

Поменялось наше отношение к внутриклеточным микроорганизмам при внебольничных пневмониях. Порядка 20% в амбулаторной практике и порядка 20% в стационаре обнаруживаются микоплазмы. Эти цифры приблизительно одинаковы во всем мире. Не стоит забывать, что более чем в 50% случаев при пневмониях выделяют микоплазму, либо *Chlamydia pneumoniae*, гемофильную палочку, если речь идет о курильщиках. Все это повлияло на выбор антибактериальной терапии для ведения таких пациентов. В современных рекомендациях мы найдем, что больных, в частности в амбулаторной практике, необходимо рублицировать на две основные группы: больные не получавшие последние 3 месяца антибактериальные препараты и пациенты без сопутствующих заболеваний. При предыдущей рубрикации были поставлены во главу угла возраст пациента, а здесь все отдается сопутствующей патологии и приему антибиотиков в предшествующие 3 месяца. Если этих факторов нет, назначаются амоксициллин либо современные макролиды — азитро- и кларитромицин. В случае если перед нами пациент с сопутствующими заболеваниями: ХОБЛ, любые заболевания внутренних органов, которые характеризуются функциональной недостаточностью, алкоголизм, сахарный диабет, либо пациент принимал последние 3 месяца антибактериальные препараты, назначается защищенный аминопенициллин с макролидным антибиотиком либо респираторный фторхинолон. В стационаре мы применяем комбинацию анти-микробных препаратов. Это парентеральный бета-лакта-

в сочетании с макролидным антибиотиком для приема внутрь — все тот же азитро- или кларитромицин. Либо ступенчатая терапия респираторными фторхинолонами.

И в отношении тяжелой пневмонии еще более четкая рекомендация: либо парентеральная комбинация бета-лактамов (цефалоспорины 3- и 4-го поколения), либо амоксициллин с клавулановой кислотой с макролидным антибиотиком. Здесь возможно применение и азитро-, и кларитро-, и эритромицина. Либо фторхинолоны в сочетании с цефалоспорины 3-го поколения.

В случае простого обострения ХОБЛ (нечастые обострения, молодой возраст пациента, нетяжелая степень бронхиальной обструкции, ОФВ1 > 50%) применяется амоксициллин, либо макролиды с улучшенными фармакокинетическими характеристиками. В случае осложненного обострения, мы предполагаем, что здесь участвуют несколько другие возбудители, к примеру гемофильная палочка, обладающая определенным механизмом антибиотикорезистентности, необходимо применять респираторные фторхинолоны либо амоксициллин с клавулановой кислотой.

Вопрос: Принципиально ли, какой фирмы азитромицин?

Ответ: В большинстве ситуаций, конечно же, любому пациенту и любому врачу хотелось бы назначить препарат, который обладает, по крайней мере, ожидаемой клинической и фармакологической эффективностью. Мы все, по крайней мере я, уверены, что большинство сидящих в зале — сторонники применения оригинальных препаратов. Безусловно, это не всегда возможно. Поэтому необходимо оценивать возможности пациента по приобретению того же самого оригинального препарата. Конечно, это желание, безусловно, первично.

П.А. Воробьев: Вы все-таки не сказали про подделки. Потому что сумамед был известен тем, что это препарат наряду с но-шпой как «прорыв» в области подделок. Препарат был безумно раскрученный, очень хорошо продавался, и его начали подделывать. Что же сейчас?

Ответ: Насколько я знаю, какие-то беспрецедентные усилия компания-производитель предпринимала по защите, в том числе, даже упаковок препарата.

Профессор П.А. Воробьев: В том числе, была проблема, сейчас это все уже носит исторический характер. Но так как я принимал некоторое участие, хотелось бы вспомнить, что говорили, как товарищ Брынцалов производил Сумамед 2 смены по лицензии, а в 3-ю смену — отмывки туда же. Пытались с этим бороться активно. Это действительно был реальный пример борьбы за свои права. Были потрачены огромные деньги. Даже ридеры поставлялись для чтения кодировки. Я знаю, что фирма привлекалась для создания защищенной упаковки.

П.А. Воробьев: Поскольку возник вопрос о дженериках, я хочу спросить, а есть ли сравнительные исследования по эффективности дженериков в России? Биоэквивалентность нас не интересует, нас клиника интересует.

Ответ: Как и для большинства препаратов, таких исследований нет. Это больше связано с какими-то этическими проблемами.

(из зала) Кто позволит?

П.А. Воробьев: Это интересный выкрик был, «кто позволит?», а «кто не позволит?». Мы все время проводим такие исследования. Мы все время доказываем идентичность или неидентичность клинических эффектов дженериков. А как по-другому? Я хочу сказать вам, более того, это сейчас запустили во всем мире. И фармакоэкономисты во всем мире занимаются проверкой дженериков. Потому что биоэквивалентность — это от лукавого. Во-первых, биоэквивалентность — если это внутривенное или внутримышечное введение — это вообще никак не сравнивается.

А.А. Зайцев: Вот тут довольно интересная ситуация складывается. Все-таки азитромицин доступен в одной форме, в таблетках, а генерические формы доступны. Есть достаточно давно проведенное в 2003 г. исследование. В нем сравнивалась клиническая эффективность, но по данным литературы. На этом фоне сделать сейчас какой-то обобщенный анализ не представляется возможным.

П.А. Воробьев: Для сумамеда не так важен 94ФЗ: это не госзакупки, его пациенты покупают, но, мне кажется, что это такая дорога, для сравнения, в дальнейшем важная. Спасибо.

**Обострение ХОБЛ — основные подходы к терапии
Профессор Куценко В.А.**

Хроническая обструктивная болезнь легких относится к парадоксальным заболеваниям. В основном пациенты жалуются на то, что снижается качество жизни: проблемы со зрением, аллергические реакции, диспепсические расстройства. Где-то в глубине души эти пациенты боятся таких страшных заболеваний, как СПИД, любые онкологические заболевания, а на самом деле погибают от проблем, связанных с табакокурением. Одна из таких проблем — это ХОБЛ.

В РФ официально порядка 2,5 млн пациентов, по данным эпидемиологических исследований, приблизительно 16 млн пациентов с ХОБЛ. ХОБЛ — одна из основных причин смерти, летальность при которой продолжает увеличиваться. Есть данные за 33-летний период по США: с 1965 г. снижается летальность от сердечно-сосудистых

ИнтерНьюс

Минздрав утвердил порядок выдачи справок и медицинских заключений

Минздрав утвердил порядок выдачи медицинскими учреждениями справок и заключений. Соответствующий приказ ведомства, подписанный прежним руководителем Татьяной Голиковой, был зарегистрирован в Минюсте. Согласно документу, справку при обращении за медицинской помощью граждане РФ, а также иностранцы, беженцы и лица без гражданства смогут получить, предъявив документ, удостоверяющий личность. Пациенты, которым предоставлены услуги в рамках программы обязательного медицинского страхования, для получения заключений также должны будут предъявить полис ОМС. Лечащий врач может отметить в справке факты обращения за медицинской помощью, прохождения медицинского освидетельствования, медицинских осмотров, обследования и лечения. Кроме того, в медицинские документы могут вноситься сведения о наличии или отсутствии заболевания, результатах медицинского обследования и лечения, об освобождении от посещения образовательных и иных организаций. Максимальный срок выдачи медицинских заключений составит три дня с момента проведения тех или иных лечебно-диагностических манипуляций. Заключение о смерти и причинах, которые привели к летальному исходу, будет выдаваться в день обращения близкого родственника умершего. Приказ Минздрава устанавливает произвольную форму справок и медицинских заключений. Основным требованием к документам является наличие штампа учреждения, а также подписей лечащего врача или членов врачебной комиссии.

Источник: <http://medportal.ru>

Разработан алгоритм для предсказания заболеваний

Американские ученые разработали алгоритм, позволяющий предсказать, чем заболит пациент в будущем. Для разработки статистической модели Тайлер МакКормик (Tyler McCormick) из Вашингтонского университета и его коллеги изучили данные нескольких тысяч пациентов в возрасте от 40 лет, участвовавших в клинических испытаниях различных препаратов. В каждой рассмотренной истории болезни присутствовали данные обо всех заболеваниях пациента и препаратах, которые он принимал, а также его демографические данные, такие как пол и расовая принадлежность. На основе одной из основных теорем теории вероятности — теоремы Байеса — ученые разработали алгоритм, который назвали HARM (Hierarchical Association Rule Model). HARM «смотрит», чем ранее болел пациент, а также сравнивает его данные с историями болезни, в которых содержатся аналогичные симптомы. После этого алгоритм предсказывает, чем заболит пациент в будущем. Отличия HARM от подобных ей статистических систем в том, что она может предсказать заболевания при весьма скудной информации о пациенте. Также алгоритм способен просчитать примерное время возникновения предсказанного заболевания. В базе данных HARM собрано 1800 заболеваний, большинство из которых — 1400 — статистически реже обнаруживаются у пациентов. «Алгоритм также может на основе симптомов, возникших у одного пациента, предсказать последовательность развития симптомов у другого больного. Например, если у пациента уже есть диспепсия (нарушение пищеварения) и боли в эпигастриальной области, следующим симптомом может быть изжога», — отметил МакКормик.

Источник: EurekAlert!

Смертность диабетиков в США сократилась почти на четверть за семь лет

Смертность американских диабетиков сократилась почти на четверть менее чем за десятилетие, сообщает Medical News Today. Эти данные были получены в ходе исследования, проведенного специалистами Национальных институтов здравоохранения (NIH) и Центров контроля и профилактики заболеваний (CDC) США. Специалисты NIH и CDC изучили данные о смертности американцев в период с 1997 по 2004 год. В окончательную выборку попали около 250 тысяч жителей США в возрасте старше 18 лет. По результатам исследования, за указанный период смертность диабетиков от заболеваний сердечно-сосудистой системы сократилась на 40%. В среднем показатель смертности от всех причин среди больных сахарным диабетом снизился на 23%. В ходе предыдущих исследований эксперты CDC также выявили снижение частоты развития других осложнений болезни, среди которых почечная недостаточность и нарушение кровообращения нижних конечностей. При этом специалисты отмечают, что заболеваемость диабетом растет. В частности, по данным CDC, распространенность сахарного диабета с 1980 года выросла в три раза. В настоящее время в США насчитывается около 25,8 миллиона диабетиков. При этом около семи миллионов из них не знают о своем заболевании.

Источник: Medical News Today

Начало на стр. 5

заболеваний, все другие причины показывают тенденцию к снижению. И 2,5-кратный рост по ХОБЛ.

Обострения действуют на течение заболевания. После обострения, которое является очередной ступенькой вниз, резко ускоряется снижение функции легких. Снижается качество жизни за счет длительного ухудшения симптоматики, не только во время самого обострения, но и в течение нескольких недель, а, иногда, и нескольких месяцев после обострения.

Причины обострения — на первом месте инфекционный фактор: вирусная инфекция, активизация аутофлоры.

Следующая группа причин — неинфекционные: неадекватная базисная терапия (бронхолитическая терапия): проблемы с льготным лекарственным обеспечением, пациенты не получали препараты вовремя, неправильное использование препаратов. Например, большинство пациентов используют аэрозольные ингаляторы, при прогрессировании заболевания падает дыхательный объем, резервный объем легких, и пациент не в состоянии вдохнуть лекарственный препарат. Ему надо уже использовать аэрозольный ингалятор со спейсером, но этого не происходит.

К обострению ведут выбросы аэрополлютантов, тромбоэмболия легочной артерии, травмы грудной клетки — все то, что препятствует нормальному дыхательным движениям.

Ну, и наконец, еще один момент — это неадекватное использование препаратов, способствующих гиповентиляции: бета-блокаторы и препараты, обладающие седативным действием.

С патогенетической точки зрения, главную роль играет воспаление. Воспаление ведет к нарушению мукоцилиарного клиренса и к нарушению вентиляции. Нарушение мукоцилиарного клиренса и нарушение вентиляции будут поддерживать друг друга, все это будет вести к повышению перфузии, будет выражаться в нарушении объема капиллярного газообмена и проявляться основными клиническими симптомами обострения ХОБЛ. Респираторные критерии обострения ХОБЛ: усиление одышки, усиление кашля, повышение количества мокроты и усиление «гнойности». Целый ряд признаков, характеризующих резко усугубление состояния пациента: признаки Кэмпбэлла, губы, сложенные трубочкой, признак Гувера, наличие респираторного пульса, ортопноэ, признаки дисфункции дыхательной мускулатуры — парадоксальное дыхание — это утомление дыхательной мускулатуры.

Признак Кэмпбэлла — укорочение расстояния между рукояткой грудины и перстневидным или щитовидным хрящом — показывает то, насколько грудная клетка застывает в положении вдоха.

Губы, сложенные трубочкой, — это создание дополнительного положительного давления в дыхательных путях в конце выдоха, что предотвращает срабатывание феномена «воздушной ловушки», а точнее, откладывает его к концу выдоха.

Феномен Гувера — парадоксальное движение нижних отделов грудной клетки, нижних ребер, за счет изменения зоны оппозитии в результате эмфиземы, диафрагма сама начинает как бы подтягивать.

Также следует обращать внимание на проявления дыхательной недостаточности у пациентов с обострением ХОБЛ, потому что 30—35% смертей у пациентов с ХОБЛ обусловлено как раз дыхательной недостаточностью.

Это и гипоксемия, и гиперкапния. Симптомами являются бледность и центральный цианоз, потливость, бессонница или, наоборот, повышенная сонливость, хлопающий тремор, утренние головные боли и нарушения сфер сознания, вплоть до гиперкапнической комы (при высоких цифрах парциального напряжения углекислого газа).

Пациенты с ХОБЛ крайне опасны по развитию внутрибольничных инфекций. Надо стараться только по строгим показаниям госпитализировать пациентов с обострением. Есть четкие критерии: это тяжесть обострения (быстрое ухудшение симптоматики в короткие сроки, появление ранее не встречавшихся симптомов и отсутствие улучшения на фоне терапии), тяжелое течение ХОБЛ (ОФВ1 за первую секунду менее 50% от должных показателей или частые обострения). Есть социальные признаки или признаки коморбидности: наличие тяжелых сопутствующих заболеваний и пожилой возраст (старше 70 лет), недостаточные ресурсы для ведения в домашних условиях.

При неосложненном течении ХОБЛ мы боремся с 2 основными проявлениями: воспалительным синдромом и синдромом дыхательной недостаточности. Неоспоримы являются назначение глюкокортикостероидов, бронхолитиков (бета-2-агонистов короткого действия и антихолинэргических препаратов короткого действия) и респираторная поддержка. Есть вопросы по антибактериальной терапии и муколитикам. Есть вопрос непосредственного воздействия на дыхательную мускулатуру, восстановление и стимуляция. В Москве существует 3 места, где способны проводить электростимуляцию диафрагмы. Под вопросом остается анаболическая терапия. Мы стараемся проводить ее всем пациентам, индекс массы тела которых ниже границы нормы. Рекомендации по данным манипуляциям в программе GOLD отсутствуют.

Доказано, что бронхолитики короткого действия при обострении ХОБЛ обязательны. Те же препараты, которые пациент уже применял, только дозы значительно (до 5 раз) увеличиваются, можно использовать спейсеры или струйные небулайзеры.

Внутривенные инфузии эуфиллина проводятся только в случае неэффективности препаратов первой линии.

Из бета-2-агонистов используют сальбутамол, фенотерол. Из антихолинэргических препаратов: ипратропий бромид и комбинированный препарат бета-2-агонист и антихолинэргический препарат — беродуал. Глюкокортикостероиды помогают добиться более быстрого разрешения обострения, улучшают функцию легких, снижают артериальную гипоксемию, сокращают сроки пребывания пациента в стационаре, предотвращают риск неэффективной терапии. Для назначения в обострениях они обязательны, причем предпочтение отдается системным глюкокортикостероидам (преднизолоном). В принципе не хуже и назначение высоких доз будесонида через небу-

лайзер (1000—2000 мкг/сутки), но подобное лечение будет значительно дороже. Третьим пунктом, абсолютно доказанным, является респираторная поддержка при обострении ХОБЛ. 4 вида респираторной поддержки: инвазивный — это терапия отчаяния, которая будет проводиться в отделении интенсивной терапии, кислород-гелевая терапия, неинвазивная вентиляция легких (может использоваться только в стационарных условиях) и кислородотерапия. Концентраторы кислорода относительно доступны продлевать пациенту жизнь на несколько лет.

Кислород — это лекарство, он имеет побочные эффекты, что особенно опасно у пациентов с ХОБЛ, в первую очередь, риск развития кислород-индуцированной гиперкапнии, множественным токсическим проявлениями: на клеточном уровне, на уровне сурфактанта, ателектазы и т.д. Мы стремимся к уровню 90%, максимум 92, чтобы не вызывать задержку углекислоты.

Существует ориентировочная схема назначения с учетом газового состава артериальной крови, в первую очередь, парциального напряжения кислорода. При помощи клапана Вентури подбираются соответствующий поток и достигаемый уровень концентрации кислорода во вдыхаемом воздухе. Конечно, данная схема является очень ориентировочной, потому что нужно титровать, когда пациент достигнет целевого уровня сатурации, но ориентироваться на эти цифры можно.

Эффект антибактериальной терапии проявляется в более быстром разрешении обострения, снижении риска госпитализации, укорочении времени нетрудоспособности, предотвращении риска вторичной инфекции.

Препаратами выбора при легком обострении являются амоксициллин, кларитро- и азитромицин. В группе среднетяжелой — азитромицин с клавулановой кислотой, в группе тяжелых больных — ципрофлоксацин.

Мукоактивная терапия в обострении ХОБЛ является спорным вопросом. В руководстве GOLD указано, что преимущество от применения муколитиков является незначительным, и их использование не может быть рекомендовано как для обострения, так и для постоянной терапии ХОБЛ. В РФ существует препарат, который привыкли относить к муколитикам, в то время как в некоторых странах его считают детоксикантом и антиоксидантом. Это N-ацетилцистеин, по поводу которого в GOLD пишется следующее: «N-ацетилцистеин, имеющий антиоксидантный эффект, играет роль в лечении пациентов с частыми обострениями... Существует доказательство, что N-ацетилцистеин, применяемый у пациентов, не получающих глюкокортикостероиды, позволяет уменьшить обострения.»

Молекула N-ацетилцистеина несет сразу 4 эффекта. Если мы говорим о SH- группе — это муколитический эффект, дезинтоксикационный, антиоксидантный эффекты, и СОН-группа дает некоторый противовоспалительный эффект.

Восстановление системы глутатионового антипироксиданта (глутатионового пироксидазы) потенциально превращает мощнейший каскад образования радикалов из перекиси. N-ацетилцистеин позволяет поддержать глутатионовую систему. Антиоксидантный эффект важен не только для базисной терапии ХОБЛ, но и при обострениях, ведь он помогает работе дыхательной мускулатуры. Образование продуктов перекисного окисления в диафрагме оказывается выше в условиях усиленной работы мускулатуры, что снижает ее эффективность. При применении N-ацетилцистеина достигается значительно более высокий уровень отдачи от диафрагмы. Утомление диафрагмы при плацебо до 50% от исходной эффективности, в тот же момент на фоне приема N-ацетилцистеина позволяет сохранить работоспособность на 20% выше.

Антиоксидантный статус зависит от дозы. В исследовании нашего института была показана очевидная дозозависимость с максимальной выраженностью антиоксидантного эффекта на 1800—2400 мг. То же самое касается эффективности муколитического эффекта.

Препарат безопасен. В исследованиях дозы доходили почти до 5 (4,8) г в день, причем неблагоприятных эффектов не возникало.

В завершение стоит сказать, что, несмотря на то что все предыдущие годы первостепенным для выбора тактики лечения являлся опыт врача, хочется верить, что теперь все мы будем работать в соответствии с руководством.

Вопрос: Есть ли какая-то профилактика?

Ответ: Вакцинация при ХОБЛ является обязательной. Это полезная методика, позволяющая уменьшить частоту обострений. Вакцинация осуществляется против вируса гриппа (противогриппозная вакцина) и противопневмококковая вакцина. Данные методики имеют класс доказательности А.

Вопрос: Что такое хлопающий тремор?

Ответ: Хлопающий тремор — крупный, размашистый тремор рук, особенно при движении, чем-то напоминающий паркинсонизм, но носящий постоянный характер. Это признак обострения ХОБЛ.

П.А. Воробьев: Я не буду делать большого заключения, так как не являюсь пульмонологом и мне трудно здесь выступать. Отмечу любимый мой конек, вакцинацию. В отношении гриппа уровня доказательности А нет.

В.А. Куценко: Если Вы посмотрите декабрьское обновление GOLD 2011, вы увидите, что это выведено в доказательность класса А.

П.А. Воробьев: Тем не менее, ни в одной группе риска вакцинация от гриппа не показала своей эффективности с доказательной точки зрения. Поэтому с вакцинами от гриппа повременим. Второй момент касается того, что обсуждаемый препарат является донатором SH-групп. Это его основное действие. Так вот, гепарин тоже является донатором SH-групп. Он также используется при ХОБЛ. Я о том, что препарат, который применяется совсем не как гепарин, вполне вероятно имеется выраженный микроциркуляторный эффект, который бы неплохо было изучить, потому что его не может не быть, но его почему-то никто не хочет изучать. В любом случае воспаление, нарушение перфузии — это всегда микроциркуляторные нарушения, всегда ДВС-синдром, локальные тромбозы. Мне кажется, это было бы очень интересно посмотреть. Возможно — морфологически.

Спасибо докладчикам.

ОБЩИЙ АНАЛИЗ

Бороздя просторы интернета, наткнулся на сайт известного негосударственного учреждения по делам эвакуации, спасения, и пожарной безопасности САМОСПАС. Они разработали проект «Мобильная технология оперативного реагирования на пожары и другие ЧС в условиях крупномасштабных объектов». САМОСПАС описывает свой проект так: «Проект «Мобильная помощь» ориентирован на повышение эффективности действий пожарно-спасательных подразделений путем сокращения времени от возникновения пожара или ЧС до начала действий по их ликвидации. Проект создан на базе электрического персонального устройства передвижения Segway. Предназначен для доставки к месту ЧС специального оборудования и инструмента, проведения экстренных пожарно-спасательных работ или оказания первой доврачебной помощи. Проект «Мобильная помощь» оперативно (20 км/ч) прибывает в труднодоступное место происшествия с

довольно долго и изнурительно, особенно если у вас с собой огромное количество оборудования. А Segway позволяет добраться довольно быстро, при этом имея с собой набор для оказания первой помощи, средства пожаротушения и множество прочих вещей. http://www.mgnot.ru/pic/000029_4.jpg?PHPSESSID=s25v6ppgl4rs9uv9rf7bplb7c7. По лестницам можно волочить Segway за собой, он нетяжелый. А когда вы добрались до нужного вам этажа — встали на него и поехали. Segway отлично проходит в дверные проемы, он без проблем перескакивает через пороги и неровности. На нем можно даже прыгать на небольших трамплинах! Лично пробовал! Добравшись до места, вы спокойно слезаете с Segway, он сам держит равновесие

В помощь парамедикам

Андрей Воробьев

большим грузом спасательного оборудования (до 30 кг), передвижение внутри помещения, большой спектр оборудования для оказания первой помощи, борьба с источником возгорания (первичные средства пожаротушения), быстрая и безопасная эвакуация (наличие СИЗОД). Для проекта «Мобильная помощь» разработаны носилки-волокуша, которые позволяют переместить пострадавшего из задымленной в безопасную зону. Перемещение предполагается волоком внутри зданий по ровной поверхности». http://www.mgnot.ru/pic/000029_2.jpg?PHPSESSID=s25v6ppgl4rs9uv9rf7bplb7c7. Что же такое Segway? Немного расскажу о принципе его работы: Если в положении стоя вы сильно наклоните тело вперед, вероятнее всего, вы не упадете лицом вниз. Ваш мозг поймет, что вы потеряли равновесие, потому что отолиты в вашем внутреннем ухе изменят положение. Ваш мозг подаст команду выставить вперед ногу и остановить падение. Если вы будете продолжать наклонять тело вперед, ваш мозг будет вести ваши ноги вперед, чтобы вы оставались в вертикальном положении. Вместо того чтобы упасть, вы будете идти вперед шаг за шагом. Segway делает то же самое, за исключением того, что вместо ног у него колеса, вместо мышц — мотор, вместо мозга — набор микропроцессо-



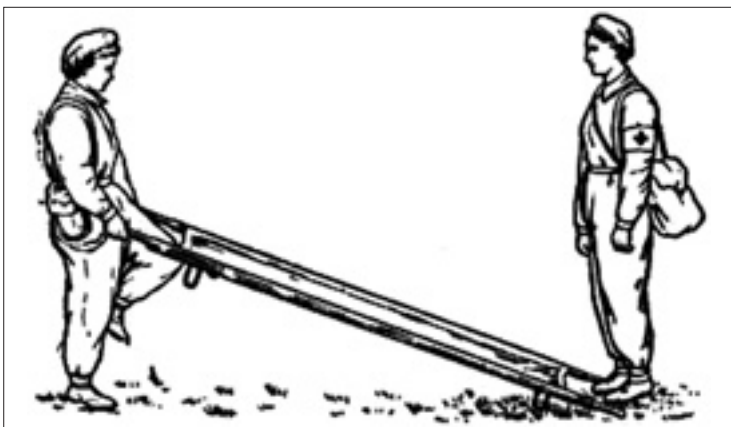
и не падает. Вы оказываете помощь пострадавшим. Все, что вам для этого нужно, у вас есть с собой в кофрах. Все инструкции по оказанию помощи вы имеете в своем телефоне. Если вам необходима консультация врача — вы можете связаться с ним как по телефону, так и по видеосвязи. http://www.mgnot.ru/pic/000029_5.jpg?PHPSESSID=s25v6ppgl4rs9uv9rf7bplb7c7. После оказания первой помощи вам нужно эвакуировать пострадавшего. И для этого у вас тоже все необходимое есть! Вы разворачиваете носилки, у САМОСПАСА они тканевые. Получается, что, волоча за собой пострадавшего, вы бьете его головой и спиной обо все неровности. Я бы сделал носилки раскладывающимися из металлических трубок, вставляющихся друг в друга, на одном конце этих трубок маленькие колесики, а другим концом крепить данные носилки к Segway. Так эти носилки становятся многократно и менее травмоопасными для пострадавшего.

Более того, для транспортировки пострадавших можно использовать другие модели, например ту, что показана ниже. http://www.mgnot.ru/pic/000029_7.jpg?PHPSESSID=s25v6ppgl4rs9uv9rf7bplb7c7. Вы эвакуировали пострадавшего из опасного места, и передали его



ров, а вместо внутреннего уха — комплект гироскопических датчиков и сенсоров наклона. Так же, как и ваш мозг, сегвей понимает, когда вы подаете тело вперед. Чтобы удержать вас в равновесии, он проворачивает колеса с необходимой для движения вперед скоростью, как бы подъезжая под вас, не давая вам упасть. Segway, Inc. назвал эту способность динамической стабилизацией и запатентовал этот уникальный процесс, позволяющий Segway балансировать всего на двух колесах, расположенных на одной оси.

Представим, что на каком-нибудь заводе произошла чрезвычайная ситуация, внутри огромных площадей передвигаться пешком



службам скорой медицинской помощи. Один спасатель может быстро и с легкостью эвакуировать одного пострадавшего. В обычных же условиях нужно 2 спасателя на одного пострадавшего. И нести на обычных носилках гораздо труднее и дольше. Для справки: стоимость одного Segway около 300 000 руб., но я считаю, что оно того стоит! Особенно вспоминая, как наш Минздрав тратит миллионы на клипы и футболки с белочкой... http://www.mgnot.ru/pic/000029_8.jpg?PHPSESSID=s25v6ppgl4rs9uv9rf7bplb7c7



XVII Международная научно-практическая конференция

«ПОЖИЛОЙ БОЛЬНОЙ. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ»

Организационный комитет

Уважаемые коллеги!

Сообщаем Вам о проведении 8—10 октября 2012 года XVII Международной научно-практической конференции «ПОЖИЛОЙ БОЛЬНОЙ. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ»

Место проведения: Гостиница «Холидей Инн» Сокольники. Москва, Русаковская ул., дом 24

ОСНОВНЫЕ НАУЧНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ КОНФЕРЕНЦИИ:

- Медико-социальные аспекты геронтологии, заболевания у ветеранов войн, сестринский уход за пожилыми, современные геронтологические технологии, организация медицинской и социальной помощи пожилым.
- Геронтологические аспекты терапии (кардиология, пульмонология, гастроэнтерология, хирургия, онкология, офтальмология, ревматология и остеопороз, эндокринопатии, цереброваскулярные заболевания и болезнь Альцгеймера, болезнь Паркинсона, стрессовые расстройства, депрессии в пожилом возрасте, сосудистые и другие психические расстройства, гематология, анемия и другие социальные проблемы пожилого возраст).
- Теоретические основы геронтологии, старение, геронпротекторы.
- Стандартизация, медицина, основанная на доказательствах, и клиничко-экономический анализ в гериатрии.
- Геронтофармакология, перспективы модернизации в здравоохранении.
- Профилактика преждевременного старения.

Во время конференции будет проходить выставка ведущих фармацевтических фирм.

ВАЖНЫЕ ДАТЫ

Предоставление тезисов до 1 июля 2012 г.

Бронирование номера в гостинице до 1 сентября 2012 г.

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ ТЕЗИСОВ

Тезисы объемом не более 400 слов (3500 знаков — не более 1,5 страниц формата А4), шрифт 12, 1,5 интервала можно переслать в адрес Оргкомитета mtpndm@dol.ru. В теме письма обязательно указать «Тезисы». Воспроизведение с авторского оригинала без редактирования — ответственность за все ошибки лежит на авторе тезисов.

В присланных тезисах должны быть указаны название, авторы (ФИО представляющего автора должно быть внесено первым), организация, желательно — цели и задачи исследования, описание методов и полученных результатов с приведением цифровых данных, заключение. **Дополнительно предоставляется:** контактная информация одного из авторов, информация об учреждении: отдел, организация/больница, город, страна.

Тезисы публикуются в журнале «Клиническая геронтология» (входит в список ВАК). Для оплативших оргвзнос — тезисы бесплатны.

РЕГИСТРАЦИЯ

Зарегистрироваться и оставить заявку на бронирование номера в гостинице вы можете www.zdrav.net, заполнив соответствующую форму на сайте или направив в адрес Оргкомитета заявку на участие по электронной почте mtpndm@dol.ru.

Регистрационный взнос составляет 3500 руб. и обеспечивает аккредитацию участника конференции, публикацию тезисов, получение опубликованных тезисов (сборник тезисов), папки с материалами конференции, ежедневный обед. Для членов Научного медицинского общества геронтологов и гериатров — оплата составляет 50% от суммы регистрационного взноса. **Вопрос о возможности аккредитованных участников выступить с устным сообщением решается Организационным комитетом на основании заявки и тезисов.** Регистрационный взнос следует перечислять на расчетный счет ООО «МТП Ньюдиамед» с указанием фамилии участника конференции. К/с 301 018 100 000 000 005 05 Р/с 407 028 105 000 000 004 85 в АКБ «СТРАТЕГИЯ» (ОАО) БИК 044 579 505 Код по ОКОНХ: 91514 Код по ОКПО: 189 440 19 ИНН 770 224 522 0 КПП 770201001

ИНФОРМАЦИОННАЯ ПОДДЕРЖКА

Журналы «Клиническая геронтология», «Проблемы стандартизации в здравоохранении» (входит в перечень ВАК), «Клиническая фармакология и фармакоэкономика», газеты: «Вестник московского городского научного общества терапевтов «Московский доктор», «Вестник Геронтологического общества РАН»

Адрес Оргкомитета: Москва, 115446, Коломенский проезд д.4, ГКБ № 7, Кафедра гематологии и гериатрии Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Оргкомитет Конференции: «ПОЖИЛОЙ БОЛЬНОЙ. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ». Телефон/факс: (499) 782-31-09, E-mail: mtpndm@dol.ru Web-сайт: www.zdrav.net

Председатель оргкомитета, профессор Воробьев Павел Андреевич
Ответственный секретарь Рихард Галина Семеновна

ЗАЯВКА НА УЧАСТИЕ

в Оргкомитет Конференции «ПОЖИЛОЙ БОЛЬНОЙ. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ»

ФИО _____

Место работы и должность: _____

Индекс _____ Почтовый адрес _____

Телефон/факс (с указанием кода города) _____

E-mail: _____

Формы участия (отметить ✓):

Устное сообщение Стендовый доклад Публикация тезисов Слушатель

Гостиница:

Не нуждаюсь Нуждаюсь

Название доклада, соавторы _____

ИнтерНьюс

Антидепрессанты снижают болевые ощущения от химиотерапии

В рамках нового исследования учеными из США было установлено, что дулоксетин, один из весьма популярных сегодня антидепрессантов, способен снимать болезненные ощущения и покалывания, вызванные химиотерапией. Состояние, характеризующееся как периферическая нейропатия, является достаточно распространенным побочным эффектом, возникающим вследствие приема некоторых лекарственных химиотерапии. Покалывание, как правило, ощущается в пальцах рук и ног и может характеризоваться неким постоянством и болезненностью, что стандартно доставляет неудобство большинству пациентов. В то же время у 30% это состояние характеризуется достаточно сильными болями. Предыдущие исследования показали, что на сегодняшний день адекватные способы лечения такого рода боли отсутствуют. Однако в рамках текущего исследования, которое было представлено во вторник на собрании Американского сообщества клинической онкологии, коллективу ученых был предложен отчет по состоянию 231 пациента с периферической нейропатией, получавших оксалиплатин или паклитаксел. Пациенты случайным образом были разделены на две группы, одна из которых в течение 5 недель получала дулоксетин, а другая плацебо. Еженедельно на протяжении всего исследования пациентам предлагалось оценить степень болезненности побочных эффектов. Исследователи обнаружили, что у 59% пациентов, получавших дулоксетин, болевые ощущения значительно снизились, в то время как в группе плацебо о незначительности болевых ощущений заявило только 39%. «Эти препараты не работают в каждом конкретном случае. Однако, хорошей новостью является то, что они работают в большинстве случаев. Мы должны выяснить, от чего это зависит, и если мы сможем предсказывать степень их эффективности, то это даст нам хорошее средство для помощи нашим пациентам», — говорит ведущий автор исследования Эллен М. Лавуа Смит, доктор философии и доцент в Университете штата Мичиган. Дулоксетин в рамках проведенного исследования несколькими месяцами ранее исследования продемонстрировал способность облегчать болезненность диабетической нейропатии. Этот тип антидепрессантов оказывает влияние на нейротрансмиттеры, не позволяя им передавать сигналы о наличии боли в мозг. Важным преимуществом приема такого препарата является то, что он практически не вызывает никаких побочных эффектов, кроме небольшого упадка сил.

Источник: EurekAlert

О доступности лечения бесплодия в России.

«Согласно исследованию, недавно проведенному благотворительным фондом «Формула Рождения» и порталом «Пробирка.ru», из 6832 респондентов государственными квотами на лечение бесплодия методом экстракорпорального оплодотворения воспользовались лишь 36,3% опрошенных, сообщил Сергей Лебедев, Президент группы компаний Свитчайлд, член Европейского Общества Репродуктологов и Эмбриологов. Это говорит о том, что наличие в регионе государственного медицинского учреждения не гарантирует жителям региона возможность воспользоваться его услугами по ЭКО на бесплатной основе. В среднем в России продолжительность лечения бесплодия составляет около 7 лет. При этом нужно понимать, что средний срок лечения методом экстракорпорального оплодотворения — 2,23 года. То есть, получив диагноз «бесплодие», нередко пациент долгое время испытывает на себе методики традиционного лечения и, лишь убедившись в их неэффективности, обращается к ЭКО. Если говорить о популярности технологий лечения бесплодия, факты которого в 48,1% случаев связаны с мужским бесплодием, то на первом месте стоит экстракорпоральное оплодотворение вместе с ИКСИ (введение сперматозоида в цитоплазму). Обычно ИКСИ используется при недостаточном качестве спермы, а также в случае небольшого количества полученных ооцитов».

Источник: <http://www.meddaily.ru>

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., Голин 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.Г., Ивашкин В.Т., Кактурский Л.В., Калинин А.В., Каляев А.В., Ключев 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., Покровский В.И., 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., Шлектор А.В., Юшук 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 **Б**

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