



ВЕСТНИК МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО

# МОСКОВСКИЙ ДОКТОР

Апрель 2006

№ 7 (24)

НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ

В Московском Комсомольце от 06.03.2006 опубликованы материалы круглого стола под заголовком «Российский пациент, или знает ли президент Путин об особенностях национальной медицины?» в котором приняли участие, в частности, академики А.И. Воробьев, М.И. Давыдов, Т.Б. Дмитриева, М.А. Пальцев, профессор Д. Иоселиани, академик, бывший руководитель правительства нашей страны Е.М. Примаков и др. Круглый стол прошел в начале февраля, его стенограмма, согласно просьбе Е.М. Примакова и обещанию П. Гусева, была тотчас разослана «...и Медведеву, и Зурабову, и в Администрацию Президента». А публикация вышла только через месяц, уже после выборов М.И. Давыдова Президентом РАМН. Кто-то тормозил?

Эти материалы можно рассматривать как «февральские тезисы» медицинской академии, так как М.И. Давыдов стал ее президентом, а М.А. Пальцев — вице-президентом. Очень многие упреки, высказанные в ходе дискуссии, справедливы, но кое-что нуждается в обсуждении.

Первая тема — «медицине нужны стандарты и статистика». И выступление Е.Примакова бьет не в бровь, а в глаз: «Прежде всего, я хочу задать вопрос присутствующим здесь академикам медицинских наук. Существует ли в нашей стране градация лечебных учреждений по их функциям и, соответственно, технической оснащенности? Например, такая: больница может называться больницей, если в ней есть рентген, УЗИ, хирургическое оборудование...» Т. Дмитриева пытается перевести стрелки на нашу группу: в ММА им. И.М. Сеченова, которая действительно занимается стандартизацией уже 15 лет, мол, все делается. Ей возражает М.А. Пальцев: «...до сих пор этих стандартов нет. Их разработку поручили нашей медицинской академии — мы очень много в этом направлении сделали. Но вот проявления воли Минздравсоцразвития к тому, чтобы ввести эти стандарты в кратчайшие сроки, нет.»

Возражу — ни у кого нет желания их делать! Это — проблема: никакая группа ничего не сможет сделать никогда, здесь нужна воля не чиновников, а всего профессионального сообщества. В середине 90-х наша группа обратилась в РАМН с предложением «флага в руки» (а это было официальное заседание), но услышала: «не трэба» нам стандартов. И с тех пор академики не возглавляют этот процесс, а являются пассивными исполнителями. В 2005 г. Минздравсоцразвития буквально заставил сделать около 200 стандартов высоких технологий, из которых стало понятно, что в некоторых уважаемых федеральных центрах нет никаких технологий

вовсе (хотя они получают много лет финансирование по этой строке), а в других процветает, например, подпольная (никем не разрешенная!) «клеточная терапия» — некие «прививки лимфоцитов». Делается это беременным, потом удивляемся, что столько больных детей — вводим всякую дрянь.

Очень впечатляет — человек со стороны — Е. Примаков — задает простой вопрос — что называть больницей, у нас в стране определено? Врачи игнорируют этот вопрос, они про свой профессиональный интерес. Евгений Максимович, как «крайний по стандартизации» отвечаю: такие стандарты есть, они были созданы чуть не 5 лет назад для целей лицензирования — для каждой специальности были прописаны минимальные наборы услуг, без которых нельзя называться отделением кардиологии или заявлять онкологическую амбулаторную помощь. Эти требования были утверждены в виде временных, и **никогда!** не публиковались и не тиражировались. Эти стандарты никому не нужны?!

Кстати, нужно сделать документы и по аптекам, хотя в этой сфере есть хотя бы общий стандарт, по которому, например, нужно было закрыть все «аптеки на

колесах». Но не уменьшается их количество, видимо, кому-то выгодно иметь такие «торговые точки», через которые можно легко сбывать фальшивые или просроченные лекарства. Не простое «нежелание» тех или иных лиц стоит за отсутствием стандартов, а очевидный и не малый экономический интерес.

«Например, в высшем образовании стандарты есть — без них не может быть утвержден ни один учебный план. И так во многих отраслях. Кроме здравоохранения!» — продолжает М.А. Пальцев. Но ведь стандарты в здравоохранении есть, вся медицина субъектов федерации работает по ним уже более 10 лет. Однако преподаватели высшей школы не знают об их существовании. Несколько лет

тельностью (процессом) и за результатами — индикаторы. Об этом — индикаторах — говорят в последнее время предметно в Службе по надзору в сфере здравоохранения, но пока поезд не тронулся. А индикаторы работы

врача первичного звена, выпущенные Минздравсоцразвития, похожи на башмаки под колесами поезда...

Слово М. Давыдову: «Скажу несколько слов о моем видении современного состояния медицины, ее перспектив и ожидаемых результатов тех реформ, которые намечены. С моей точки зрения, перспективы эти печальны. Здравоохранение находится в ужасающем состоянии. Главная беда, в том, что у России, в отличие от бывших стран соцлагеря, нет своей медицинской и фармакологической промышленности. Поэтому мы должны тратить колоссальные средства на закупку импортных лекарств, на создание материально-технической базы медучреждений. В Европе существует стандарт, по которому раз в 4 года полностью (!) меняется техоснащение любого медицинского учреждения. А мы работаем по 20—30 лет на одном оборудовании.

Что можно сделать сегодня, не имея достаточных средств и времени на создание собственной промышленности? Это образцово показал Китай. Там передовые технологические центры освободили от налогов на 10 лет — чтобы выгодно было строить современные производства. Не нужно нашим доморощенным ученым разрабатывать новое оборудование: на это нужны годы и средства. Нужно уже сейчас получить современные комплексы в промышленном исполнении у нас в стране и быстро насытить рынок современным оборудованием и современными фармакологическими средствами. Это — первое базовое условие. И без его соблюдения создавать нормальное здравоохранение в стране — это выкидывать деньги на помойку. А решение этой проблемы решит и задачу планового перевооружения медучреждений современным оборудованием, которое можно будет купить за небольшую цену, потому как оно будет производиться на территории РФ. Это станет дополнительным толчком для того, чтобы разрабатывать на базе полученного оборудования все новые и новые модели. Не говоря уже о притоке кадров и обеспечении людей новыми рабочими местами. Это — тот стратегический план, без которого модели цивилизованного здравоохранения в стране быть не может. В противном случае мы всю жизнь будем закупать медтехнику и лекарства за рубежом, как закупаем кур и колбасу. И если страна смогла решить вопрос в области пищевой промышленности, в медицине эту проблему нужно решать в первую очередь, поскольку за ней — судьбы российских граждан.»

Как программное заявление — все сказанное не вызывает вопросов. Вопрос в том, как, какими механизмами эти предложения реализовывать. Просто дать денег? — сопрут. Что-то, а это у нас делать научились хорошо. Создать некий государственный консорциум? Но очевидно, что государственное управление неэффективно. Дать деньги в медицинские организации на закупки? — см. пунктом выше, чем дороже, тем выше откат, следовательно, покупать будут дороже и заграничное, а не дешевое и отечественное. Справедливо замечание А.И. Воробьева «Существующая система здравоохранения порочна, так как чиновнику невыгодно создавать промышленность, а выгодно покупать все за рубежом.»

Что нужно? Производителю нужен гарантированный сбыт — массовый. Мы не настолько богаты, чтобы менять все оборудование каждые 4 года, значит, гарантировать сбыт не можем. Кроме того, за рубежом оборудование используется

## ПРЯМАЯ РЕЧЬ

Очень впечатляет: человек со стороны — Е. Примаков — задает вопрос — что называть больницей, у нас в стране определено? Врачи игнорируют этот простой вопрос...

# Куда идем? Куда идти?



В 2005 г. Минздравсоцразвития буквально заставил сделать около 200 стандартов высоких технологий, из которых стало понятно, что в некоторых уважаемых федеральных центрах нет никаких технологий

назад, при разработке образовательных последипломных стандартов, было предложено использовать имеющиеся к тому времени наработки по стандартизации, но нет, не получилось заинтересовать. Сегодня такая смышка образования и стандартизации наметилась в сестринском деле — там есть около 40 технологических стандартов, на базе которых создаются учебные программы. И это — огромный прогресс!

Справедливо указал М.А. Пальцев на отсутствие медицинской статистики. Она есть, но какая-то перекорезанная. Уже несколько раз писалось в нашей газете, что из-за прекращения вскрытий не только статистические отчеты неверны (умирает от рака меньше, чем выявляется, вся страна якобы вымирает от ИБС, назначаемой умершему «по возрасту», а высочайшая смертность от туберкулеза связана с тем, что

если такой диагноз «повесили», то он будет вечно на первом месте), но вообще непонятно, кто и чем болеет. Смею утверждать, что данные по детской заболеваемости — ложь, так как педиатры проводили «всеобщую диспансеризацию», которой нужно стыдиться, а не гордиться, не поднимаясь со стула и заочно без осмотра детей. Что просили — то и получили, аналогичный результат будет и в рамках национального проекта «Здоровье». Ведь мало сказать, что нужна диспансеризация, нужен контроль и за дея-

Как программное заявление — все сказанное не вызывает вопросов. Вопрос в том, как, какими механизмами эти предложения реализовывать. Просто дать денег? — сопрут.

## ИнтерНьюс

**В структуре заболеваемости злокачественными опухолями рак легкого занимает 4-е место у мужчин и 9-е у женщин**

В 2003 г. 70,5% впервые выявленных больных раком легкого составляли лица в возрасте 60 лет и старше. Несмотря на некоторый прогресс в области химиотерапии рака легкого, хирургическое вмешательство было и остается основным методом радикального лечения. У пожилых и старых больных с наиболее высокими показателями заболеваемости операбельность закономерно снижается, ухудшая результаты лечения. Вместе с тем возраст как самостоятельный прогностический фактор утрачивает свою значимость при учете функциональных тестов и показателей отягощенности сопутствующей патологией. Главными в улучшении результатов лечения рака легкого у этих пациентов являются своевременная диагностика заболевания на стадии, позволяющей выполнить ограниченную резекцию легкого, и более дифференцированное определение показаний к хирургическому лечению с учетом современных функциональных тестов.

**Источник:**

Клиническая геронтология,  
2005, № 10

**Интенсивная инсулинотерапия более эффективно, чем обычная, снижает риск сердечно-сосудистых событий у больных сахарным диабетом 1-го типа**

Таковы данные исследования EDIC (Epidemiology of Diabetes Interventions and Complications) — продолжения исследования DCCT (Diabetes Control and Complications Trial), представленные д-ром Давидом Натаном (Massachusetts General Hospital, Бостон). Исходно пациенты с сахарным диабетом 1-го типа рандомизированно получали либо интенсивную, либо обычную инсулинотерапию в среднем 5,6 лет. Интенсивное лечение предполагало не менее 3 инъекций в день, либо использование внешней инсулиновой «помпы» с ежедневными 4 и более измерениями уровня глюкозы, и целевым уровнем гликированного гемоглобина ниже 6,05%. Обычное лечение предполагало предупреждение гипо- и гипергликемии, с 1—2 ежедневными инъекциями инсулина. Через 6,5 лет средний уровень гликированного гемоглобина достигал 7,4% в группе интенсивной терапии и 9,1% в группе обычного лечения. Все пациенты из группы интенсивной терапии смогли вернуться под наблюдение своего врача общей практики. Через 11 лет наблюдения в исследовании EDIC различия в уровне гликированного гемоглобина уменьшились до 8% против 8,2%, соответственно. Среди 93% пациентов, наблюдавшихся 17 лет, исходно назначенная интенсивная терапия привела к снижению риска любого сердечно-сосудистого события (инфаркт миокарда, инсульт, сердечно-сосудистая смерть, подтвержденная стенокардия, необходимость в реваскуляризации) на 42% по сравнению с обычной терапией: 46 против 98 событий. Для комбинированной конечной точки, включающей нефатальный инфаркт миокарда, инсульт либо сердечно-сосудистую смерть, уменьшение относительного риска было еще сильнее: 11 против 30 событий, соответственно. Протективный эффект интенсивной инсулинотерапии в основном объяснялся снижением уровней гликированного гемоглобина во время DCCT. Микроальбуминурия и альбуминурия ассоциировались с достоверным повышением сердечно-сосудистого риска, однако различия между группами оставались даже после поправки на эти вмешивающиеся факторы.

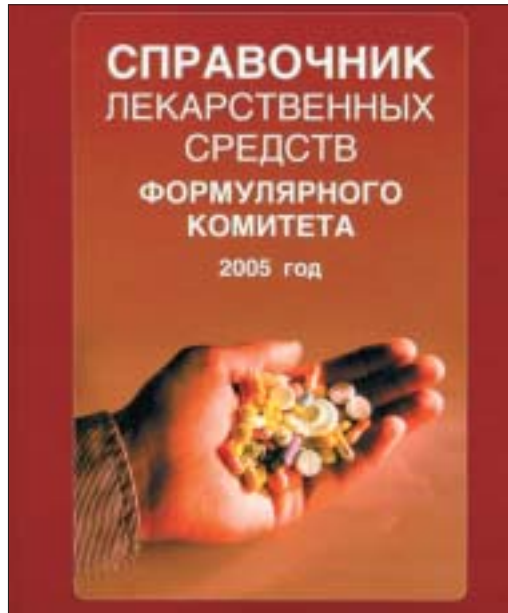
**Источник:**

NEJM 2005; 353: 2643-53

## СПРАВОЧНИК ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ФОРМУЛЯРНОГО КОМИТЕТА ТЕПЕРЬ ДОСТУПЕН И В СЕТИ ИНТЕРНЕТ

Информацию о лекарственных средствах, размещенных в Справочнике лекарственных средств Формулярного комитета, теперь можно найти с сети Интернет на сайте МОО «Общество фармакоэкономических исследований»: [www.rspog.ru](http://www.rspog.ru)

Уникальная информация о препарате представляет собой формулярную статью, содержащую подробную информацию о лекарственном средстве по международному непатентованному наименованию. Формулярные статьи стандартизированы по структуре и содержанию, включают 21 позицию, содержат сведения о применении лекарственных средств, включая дока-



зательства и критерии оценки эффективности, информацию для пациентов, медицинского персонала, результаты клинико-экономических исследований, ориентировочные цены и др. Справочник включает формулярные статьи на более 400 жизненно важных лекарственных средств, которые на протяжении многих лет отбирались Формулярным комитетом для Перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств. Поиск препаратов осуществляется в режиме on-line как по торговому, так и по международному непатентованному наименованию.

**П.А. Воробьев. Начало на стр. 1**

гораздо интенсивнее, часто круглые сутки (например, все исследования в областном центре должна делать одна лаборатория, а у нас организованы десятки одинаковых лабораторий; плановые операции «буржуи» нередко делают по ночам). Где у нас работает лаборатория 24 часа?

У всех приборов есть время наработки. При трехсменной работе (18 часов в сутки, более 5000 часов в год) через год аппарат для гемодиализа подлежит списанию. В нашей стране аппараты в таком режиме работают по 5—7 и более лет. На западе списанное оборудование ремонтируют и либо продают (в третьи страны), либо, как аппараты для гемодиализа, передают в индивидуальное пользование. У нас возможность передачи аппарата больному домой оговорена приказом Минздрава, но ни одного переданного безвозмездно аппарата в стране нет. Для того, чтобы обеспечить сменность оборудования, сроки гарантийной наработки для прибора должны быть записаны в лицензионных требованиях и условиях.

А.И. Воробьев: «...Развивать производство почему-то решительно не хотят. Мы говорим:

если вы все же решили закупать оборудование, то закупайте параллельно линию для его производства! У нас нет даже своих антибиотиков — мы уничтожили свою антибиотическую промышленность, вторую по значимости в мире.

Е. Примаков: «Увы, но в национальном проекте «Здоровье» нет ни слова ни о медпромышленности, ни о новых лекарствах. И это просто ужасно. Подумайте: за последние 12 лет у нас не зарегистрировано ни одного нового отечественного лекарства!» Утверждение неожиданное: у нас изобретено полно новых лекарств, только действительно — не антибиотики или цитостатики, а иммуномодуляторы и чего-то стимуляторы. И производим мы их тоннами, мощности есть, есть ли разум? Кто определяет приоритеты для промышленности? Специалисты по БАДам?

Картинка по «спросу-производству»: в рамках программы дополнительного лекарственного обеспечения дистрибьюторы лекарств обзавелись фармфабриками. Но выпускать они будут церебролизин и витамины — выгодно, спрос огромен. Вот почему никак не удается вытравить церебролизин из списка жизненно

важных лекарств, несмотря на отсутствие доказательств эффективности. Следовательно, нужна продуманная комплексная программа, стимулирующая развитие промышленности, а не просто «инвестиции».

Д. Иоселиани: «Проблема реформы в том, что наше здравоохранение работает по тем же принципам, что и 60 лет назад. Мы пропустили технологическую революцию, которая произошла в мире в 50—60-е годы и которая коренным образом изменила здравоохранение. А мы все еще работаем по старым принципам, и в этом проблема.» Двумя руками «за». И нужно срочно (мы уже опоздали!) что-то делать.

Что гарантирует государство больному человеку или в рамках профилактики, где кончается государственная ответственность и начинается соплатеж граждан. Могут ли в обеспечении государственных гарантий участвовать частные медицинские организации? Как все это должно взаимодействовать, как направлять финансовые потоки. В 2004 г. был разработан проект закона о государственных гарантиях, он неоднократно обсуждался на разных

уровнях, но так и не внесен Минздравсоцразвитием в правительство. А ведь многие вопросы решены в этом проекте системно: стандарты, листы

**...у нас изобретено полно новых лекарств, только действительно — не антибиотики или цитостатики, а иммуномодуляторы и чего-то стимуляторы.**

ожидания, порядок направления пациентов и квотирования высокотехнологической помощи. И против него не было слышно возражений. За чем же дело стало?

Круглый стол содержит много конкретных претензий в адрес руководства здравоохранением. Но напрашивается вопрос — а где мощный голос медицинской общественности. Кто-то кому-то писал, кто-то говорил, а где эмоциональное, а рассудительное обсуждение. Или снова вернемся к болтовне Пироговских съездов 90-х годов? Что все плохо — очевидно всем. Но как исправить — не очевидно никому. То, что правительство делает попытки поправить ситуацию — здорово, что выделило деньги — замечательно. Ужасно, что деньги — и это уже очевидно — будут израсходованы без всяких положительных последствий для здоровья нации. Как минимум потому, что Минздрав не договорился, не объяснил с медицинской общественностью, следовательно, ожидать помощи ему неоткуда. Очень жаль, нужно добиваться консенсуса в обществе: ведь задача большая встала перед нами во весь рост — спасти национальное здравоохранение.

П.А. Воробьев



**В издательстве НЬЮДИАМЕД вышла книга авторов Е.Е. Гогины, Г.Е. Гогины**

**«Гипертоническая болезнь и ассоциированные болезни системы кровообращения: основы патогенеза, диагностика, выбор лечения»**

В книге на основе многолетнего клинического опыта рассмотрены особенности течения гипертонической болезни — «эссенциальной» гипертонии, варибельной и изменчивой, но нозологически единой и патогенетически обособленной, освещен вклад отечественных терапевтических школ в изучение гипертонической болезни, проанализированы мировые достижения в разработке стандартов диагностики и лечения, успехи популяционной стратегии, обеспечившей ограничение пандемии артериальной гипертонии, развитие активных методов помощи при сопутствующей ей ишемической болезни и снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в социально стабильных странах. Рассмотрены возможности эхокардиографии в объективизации изменений сердца и задачи раннего установления симптоматических (монопатогенетических) гипертоний. Большое место в книге отведено лечению гипертонической болезни — стандартному гипотензивному и индивидуально оптимизированному в соответствии со стадией и проявлениями болезни, сочетающему базисную патогенетическую терапию с курсовой симптоматической, которые обеспечивают вторичную профилактику осложнений.

Книга предназначена терапевтам, кардиологам, студентам и преподавателям медицинских вузов и биологических факультетов университетов.

**ВНИМАНИЕ!!! НОВИЧКА!!!**

ПРОТОКОЛЫ МГНОТ

**ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ  
АНГИОЛОГИЧЕСКОЙ СЕКЦИИ  
МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО НАУЧНОГО  
ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ  
от 14.12.2005 г.**

**Сопредседатели секции:**

Член-корр. РАМН, проф. А.И. Кириенко,  
проф. В.А. Парфенов, проф. М.П. Савенков

**Оппонент проф. П.А. Воробьев**

**Секретарь: к.м.н. Л.А. Положенкова**

**Повестка дня: «Аневризма — когда оперируем?»**

1. Член-корр. РАМН, проф., главный сосудистый хирург г. Москвы И.И. Затевахин (ГКБ № 57).

В докладе обсуждается проблема аневризмы брюшной аорты. Пионером изучения этой проблемы является Н.И. Пирогов. Аневризмы встречаются в различных регионах России от 10 до 40 на 100000 населения в год, при этом аневризмы брюшной аорты составляют 80—85%. Разрыв аневризмы брюшной аорты является наиболее частым ее проявлением (осложнением), и для больного это катастрофа. Смертность при разрыве аневризмы брюшной аорты высокая и соответствует смертности от рака желудка или предстательной железы. Цифра эта увеличивается с возрастом. По данным аутопсии в Москве за 5 лет (1999—2004 гг.) ежегодно погибают от осложненной аневризмы брюшной аорты 158—211 больных, и это данные только стационара. Вне стационара эта цифра выше. Докладчик представил классификацию аневризм, клинические симптомы и возможности инструментальной диагностики. УЗИ (дуплексное сканирование) — основной метод, подтверждающий диагноз аневризмы брюшной аорты в 100% случаев, вместе с тем, при ее разрыве эффективность этого метода равна 0. Компьютерная томография — идеальный метод (выявляет аневризму, тромб, забрюшинную гематому и др.). Ангиография — метод инвазивный, в плане диагноза имеет мало значения, а при наличии УЗИ его проводить нет необходимости. Лапароскопический тоже высокоточный метод. Далее подробно в докладе обсуждается такое осложнение аневризмы брюшной аорты, как разрыв: кровотечение в 6—23% случаев происходит в свободную брюшную полость, в 60—80% — в ретроперитонеальное пространство. Различают этапы разрыва аневризмы брюшной аорты: многоментный или одноментный. Первый вид чаще приводит к смерти. Клинические симптомы разрыва аневризмы брюшной аорты: колющая, боль в животе (в 100% случаев), пульсирующее образование. Подтверждается диагноз лабораторно-инструментальными методами, перечисленными выше, однако докладчик подчеркнул, что УЗИ при разрыве неинформативно. Лечение аневризмы брюшной аорты оперативное (открытая операция или эндопротезирование). Плановая операция при аневризме брюшной аорты эффективна, смертность составляет 5%, в то время как при острой ситуации — 71,8%. Для обеспечения операции необходимо соответствующее оборудование, высокая квалификация хирурга и донорская кровь (на одну операцию необходимо готовить 1,5 литра донорской



крови). Докладчик подчеркнул, что отсутствие донорской крови часто бывает причиной смерти больного, оперируемого по поводу аневризмы брюшной аорты. Отметил такой факт — у женщин риск развития разрыва аневризмы брюшной аорты в 3 раза выше. В Москве в 2004 г. оперировано всего 5,2 — 5,7% больных с аневризмой брюшной аорты, что очень печально. Например, в США в 1994 г. оперировано 78,2%. Противопоказаний для проведения хирургического лечения больных с аневризмой брюшной аорты мало, в основном тяжелая инвалидизация (рак IV степени и др.). Таким образом, заключил докладчик, при выявлении аневризмы больного следует направлять к ангиохирургу как можно раньше.

**Вопросы к докладчику:**

**Вопрос:** Сколько в среднем стоит эндопротезирование?

**Ответ:** Около 10000 долларов.

За таким ответом последовал гул в зале и выкрики: «Это же безумно дорого!»

**Ответ докладчика:** Хорошая машина тоже стоит дорого.

**Вопрос:** Сколько в среднем живут больные после операции?

**Ответ:** Есть наблюдения — до 12 лет.

**Вопрос:** Как часто приходится проводить повторные операции?

**Ответ:** Повторные хирургические вмешательства проводятся в 10% случаев.

**Вопрос:** Женщины в 3 раза чаще погибают при разрыве аневризмы брюшной аорты, не связано ли это с дисплазией соединительной ткани?

**Ответ:** Нет, к аневризме это не относится.

**Ремарка П.А. Воробьева:**

По-видимому, одной из причин гибели больных при операции по поводу аневризмы брюшной аорты может быть ДВС-синдром. В этой связи больным следует переливать плазму.

**Ответ И.И. Затевахина:** Да, переливать плазму надо, но донорская кровь переливается обязательно.

**Вопрос:** Больным после операции нужно назначать антиагреганты?

**Ответ:** Да.

**Вопрос:** Чем объяснить высокую летальность после операции, проводимой по поводу разрыва аневризмы брюшной аорты?

**Ответ:** В основном экономической стороной, если у нас на больного с такой патологией выделяется 8695 руб., то в США — 150000 долларов.

2. Вторая часть заседания была посвящена награждению участников ангиологической секции. М.П. Савенков вручил участникам, посетившим все заседания в 2005 г., сертификат действительного члена ангиологической секции МГНОТ и памятный подарок. В качестве подарка вручалась книга-справочник лекарственных средств формулярного комитета, 2005 г. под ред. проф. П.А. Воробьева, издательство «Ньюдиамед».

В заключение М.П. Савенков поблагодарил всех присутствующих на заседании слушателей за активное участие и поздравил с наступающим Новым 2006 годом.

**ИнтерНьюс**

**Точная венепункция под контролем ультразвука**

Исследователи из Технологического института Джорджии создали портативный прибор для определения локализации вен и упрощения внутривенных инъекций. В работе прибора используется ультразвуковая доплер-технология. Наибольшие затруднения у медицинского персонала вызывает поиск вен у тучных пациентов, детей, а также у больных с ожогами и травмами конечностей. При введении иглы в вену наиболее важную роль играет глубина введения и угол наклона, сообщил руководитель проекта Майкл Грей, даже обнаружив вену, просвечивающую через кожу, при введении иглы в ткань очень легко промахнуться. Новый прибор посылает ультразвуковые волны, которые направлены на кровь в сосудах, которая движется относительно кожи, что позволяет получить полную информацию о месте расположения сосудов. Прибор для обнаружения вен, который будет запатентован в ближайшее время, состоит из двух частей. Одна из них содержит электронную и сигнальную «начинку» и является многоразовой, другая часть — одноразового использования — включает коробку, содержащую рефлектор и направляющую иглы.

Прибор позволяет отличить вены от артерий. Применяемые в настоящее время приборы, основанные на эффекте Доплера, достаточно громоздки и дорогостоящи. Они используются в кардиологии для диагностики состояния клапанов и сосудов. Достоинством нового прибора ученые называют портативность и невысокую стоимость. Прибор уже был испытан на моделях человеческих тканей и сосудов и после ряда усовершенствований будет запущен в производство.

**Источник: Medportal.ru**

**Введение национальных стандартов в Великобритании позволило улучшить назначение медикаментов, в частности, статинов, пожилым больным с коронарной патологией**

Национальные рекомендации и стандарты по лечению коронарной патологии были утверждены британским правительством в марте 2000 г. За последующие 10 лет планировалось модернизировать профилактические, диагностические, лечебные и реабилитационные службы помощи больным с коронарной патологией, и к 2010 г. добиться снижения смертности от нее и инсульта среди лиц до 75 лет на 40% — т. е., на 83.3 смерти на 100000 населения. Д-р Шина Рамсай (Школа Медицины, University College, Лондон, Великобритания) оценила влияние введения этих стандартов среди жителей 25 британских городов, в возрасте 60—79 лет. Использовались данные опроса. Оказалось, что вторичная медикаментозная профилактика у 817 мужчин и 465 женщин, обследованных исходно (1998—2001 гг.), назначалась реже, чем среди 857 мужчин и 548 женщин, опрошенных в 2003 г., после введения стандартов. Информация собиралась относительно приема антиагрегантов, антигипертензивных средств, статинов, бета-блокаторов, ингибиторов АПФ, других антигипертензивных средств, как по отдельности, так и в комбинации. Назначение статинов больным с инфарктом миокарда особенно увеличилось с 34% до 65% у мужчин, и с 48% до 67% у женщин. Также увеличилась частота назначения комбинации препаратов из любых трех групп, с 22% до 52% у мужчин и с 20% до 51% у женщин. Тем не менее, имеются перспективы дальнейшего улучшения вторичной профилактики коронарной патологии у пожилых: более активно назначать антигипертензивные препараты, ингибиторы АПФ и бета-блокаторы.

**Источник: BMJ 2006; 132: 144-5**

**Проблемы  
стандартизации  
в здравоохранении**

УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ

ЕДИНСТВЕННЫЙ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

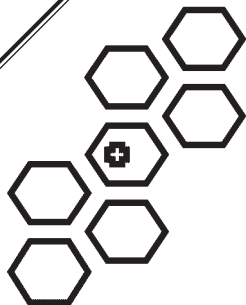
(входит в список ВАК)

по стандартизации, лицензированию, аккредитации  
в управлении качеством в здравоохранении

ДЛЯ ОРГАНИЗАТОРОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ПРАКТИЧЕСКИХ ВРАЧЕЙ!

Публикует научно-методические и нормативные материалы по управлению качеством в здравоохранении. Со страниц журнала Вы узнаете все о протоколах ведения больных, формулярной системе, лицензировании медицинской деятельности, аккредитации медицинских организаций, медицине доказательств и клинко-экономическом анализе в управлении качеством медицинской помощи.

Журнал осуществляет первую публикацию нормативных документов системы стандартизации в здравоохранении, стандартов медицинской помощи.



## ИнтерНьюс

### О влиянии образа жизни на течение климактерия у современных женщин

Грииндаль Г.А. представил обзор по влиянию образа жизни (курение, прием алкоголя, физическая активность, индекс массы тела) на возникновение вазомоторных симптомов у женщин в пери- и постменопаузе; может ли образ жизни и индекс массы тела модифицировать побочные эффекты при приеме заместительной гормонотерапии? Так, незначительное потребление алкоголя (менее 1 напитка в день) не оказывало значительного влияния на возникновение вазомоторных симптомов, тогда как влияние приема больших количеств алкоголя практически не описано. Имеется положительная связь между активным курением и приливами жара, хотя такой же эффект может оказывать и пассивное курение. Взаимосвязи между вазомоторными приливами и физической активностью не описано. Высокий индекс массы тела является фактором риска многих вазомоторных симптомов. Так, именно курение и высокий индекс массы тела являются факторами риска возникновения вазомоторных симптомов в климактерии. Поэтому у женщин с приливами отказ от курения и снижение массы тела может оказать положительное влияние на их самочувствие.

Источник:  
Климакс.ру

### Женщины, выпивающие 8 и более чашек кофе в день во время беременности, сильно рискуют: употребление такого количества кофе в 2 раза повышает риск спонтанного прерывания беременности и смерти плода

По мнению исследователей из Aarhus Universitet, злостным кофеманкам лучше отказаться от этой привычки на время беременности, поскольку даже в случае употребления от 4 до 7 чашек кофе в день риск смерти плода составляет 33%.

В исследовании, о результатах которого сообщает Reuters, приняли участие 88482 беременных, зарегистрированных в Датской Национальной Когорте по рождаемости (Danish National Birth Cohort), которым было предложено заполнить специальный опросник о количестве употребления кофе, алкоголя, курении, а так же других потенциально вредных для беременности факторов в их жизни в течение первых 16 недель беременности и более. При этом за время исследования было зарегистрировано 1102 смерти плода. В результате 55,4% женщин отметили, что совсем не употребляли кофе во время беременности, 31,4% выпивавших ежедневно от 1,5 до 3 чашек кофе подвергались 3% риску преждевременного прерывания беременности, 13% женщин выпивавших более 3 чашек кофе (от 4 до 7) подвергались 33% риску, у тех же, кто выпивал 8 и более чашек кофе в день (3,4%) риск потери ребенка достигал 59%. Особенно строго эта зависимость проявилась при сроках беременности от 20 недель и более. На основании проведенного исследования, а также по результатам предыдущих работ, есть все основания настоятельно рекомендовать беременным женщинам избегать употребления более 3 чашек кофе в день, считает доктор Бодил Хаммер Бех. В то же время исследователи не нашли никакой связи между употреблением чая или колы и опасностью для беременных. В рамках этого исследования кофеин может быть не самым главным виновником спонтанных аборт — кофе состоит из большого числа химических компонентов.

Источник:  
Медновости.ру

## Программа заседаний МГНОТ на апрель 2006 г.

Пленарные заседания: Анатомический корпус ММА им. И.М. Сеченова, Моховая, 11

Дата, автор	Тема, аннотация
<b>12 апреля 2006 года, среда в 17.00</b>	<b>Заседание Правления и Ревизионной комиссии</b>
<b>12 апреля 2006 года, среда в 17.30</b> Академик А.И. ВОРОБЬЕВ (ГУ ГНЦ РАМН)	<b>Гиперкоагуляционный синдром в клинике внутренних болезней.</b> Гиперкоагуляционный синдром представляет собой своеобразную патологию свертывания, при которой имеет место снижение противосвертывающих факторов, свертывающих факторов (истощение фибринолиза, снижение дезагрегации тромбоцитов при повышенной агрегации), но нет тромбозов. Гиперкоагуляционный синдром является частой и своеобразной предфазой диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови. В докладе приводятся клинические наблюдения, примеры и механизм перехода гиперкоагуляционного синдрома в гиперкоагуляционную, затем — в гипокоагуляционную фазу ДВС. Обсуждаются пути предупреждения и терапии ДВС-синдрома и гиперкоагуляционного синдрома.
<b>26 апреля 2006 года, среда в 17.00</b>	<b>Заседание Правления и Ревизионной комиссии</b>
<b>26 апреля 2006 года, среда в 17.30</b> Член-корреспондент РАМН В.Б. СИМОНЕНКО, проф. Л.Б. БЕЛЯЕВ, д. м. н. П.А.ДУЛИН, д. м. н. Д.Н. ПАНФИЛОВ, к. м. н. М.А. МАКАНИН, О.С. СТЕПАНЯНЦ, А.Б. ПАНФЕРОВ (ГИУВ МО РФ, ЦВКГ им. П.В. Мандрыка)	<b>1. Клиническая демонстрация: больной с синдромом Марфана: клиника, диагностика, лечение.</b> 15 мин. <b>2. Соединительно-тканые дисплазии: от пролапса митрального клапана до синдрома Марфана.</b> 40 мин. Дисплазия соединительной ткани (наследственная коллагенопатия) — группа генетически гетерогенных и клинически полиморфных патологических состояний, объединенных нарушением формирования соединительной ткани в эмбриональном и постнатальном периодах. К дифференцированным дисплазиям относятся синдромы Марфана, Элерса-Данлоса. Вариантами недифференцированных наследственных коллагенопатий являются первичный пролапс митрального клапана и иные малые аномалии сердца, трахеобронхиальная дискинезия, висцероптоз, гипермобильность суставов, врожденные деформации грудной клетки, «слабость» связочного аппарата стопы и позвоночника и ряд других распространенных изменений.
<b>Секционные заседания</b>	
<b>Секция лечебного питания:</b> В клинике лечебного питания Института питания РАМН, Каширское шоссе, 21	
<b>11 апреля 2006 года, вторник в 16.00</b> М.Н. ДМИТРИЕВСКАЯ	<b>Изучение пищевого статуса и воздействие на него факторов питания.</b>
<b>Секция электрокардиографии и других инструментальных методов исследования сердечно-сосудистой системы:</b> В аудитории 1 кафедры терапии РМАПО, ГКБ им. С.П. Боткина, 20 корпус, 1 этаж, проезд до ст. метро "Беговая", "Динамо"	
<b>18 апреля 2006 года, вторник в 17.00</b> Доцент М.Н. ПАЛКИН, С.Н. ИВАНОВ, А.Н. САВИНКОВА.	<b>Дискуссионные вопросы классификации и диагностики синдрома слабости синусового узла.</b>
<b>Секция профилактической медицины и профессиональных болезней</b> В конференц-зале клиники нефрологии, внутренних и профессиональных болезней им. Е.М. Тареева, ул. Россолово, 11-а	
<b>20 апреля 2006 года, четверг в 16.30</b> 1. К.м.н. В.И. ОСИПЕНКО, д. м. н. Е.Н.ПОПОВА, к. м. н. В.В. КРАЕВА, В.В. ДЕНЬГИН, проф. Б.М. КОРНЕВ. 2. О.А. ЛИ, к. м. н. В.В. КРАЕВА.	<b>1. Роль компьютерной томографии в диагностике профессиональных заболеваний с поражением легочного интерстиция.</b> <b>2. Демонстрация больного с производственным ингаляционным воздействием соединений серы и фенола.</b>
<b>Секция неотложной терапии.</b> В большом конференц-зале клинико-хирургического корпуса НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского (Сухаревская пл., 3, вход с Грохольского пер.)	
<b>25 апреля 2006 года, вторник в 16.00</b> К. м. н. М.М. ЛУКЬЯНОВ, к. м. н. Д.В. РУДНЕВ, д. м. н. Б.В. ДАВЫДОВ, академик РАМН А.П. ГОЛИКОВ	<b>Новые возможности лечения и профилактики кризового течения гипертонической болезни.</b>
<b>Секция ревматологии:</b> В помещении конференц-зала Института ревматологии РАМН, Каширское ш., 34	
<b>4 апреля 2006 года, вторник в 16.00</b> 1. К. м. н. Д.В.АБЕЛЬДЯЕВ, проф. Н.А. ШОСТАК, к. м. н. А.В. АКСЕНОВА, к. м. н. Н.М. БРИКО 2. Проф. Е.Ю. КОМЕЛЯЧИНА	<b>1. Постстрептококковый артрит: нозологическая диагностика и исходы.</b> <b>2. Диабетическая нейроостеоартропатия.</b>
В дни секционных заседаний председатели секций и другие ведущие специалисты проводят консультации для врачей по интересующим их вопросам.	
Правление МГНОТ	

## V МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС «ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА — ОСНОВА СОВРЕМЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ».

**25—29 сентября 2006 года** Министерство здравоохранения Хабаровского края и институт повышения квалификации специалистов здравоохранения проводят в городе Хабаровске V Международный конгресс «Доказательная медицина — основа современного здравоохранения».

Оргкомитет приглашает принять участие в конгрессе специалистов всех направлений клинической медицины, организаторов здравоохранения и системы лекарственного обеспечения, средних медицинских работников.

Научная программа конгресса включает научно-практические конференции по клинической фармакологии и фармации, офтальмологии, реаниматологии и анестезиологии, хирургии, акушерству и гинекологии, организации здравоохранения, терапии, гериатрии, сестринскому делу по проблемам: общие и частные вопросы рациональной фармакотерапии; фармакоэкономика; фармакоэпидемиология; структурное реформирование в здравоохранении; фармакотерапия в педиатрии; фармакотерапия в гериатрии; антибактериальная фармакотерапия; вопросы офтальмологии; фармакотерапия в акушерстве и гинекологии; вопросы реаниматологии и анестезиологии; общие и частные вопросы хирургии; лекарственное обеспечение лечебно-профилактических учреждений и населения; побочные действия лекарственных препаратов.

Материалы конгресса будут опубликованы в сборнике тезисов. Для публикации необходимо представить до **25 июня 2006 года** в оргкомитет заявку и тезисы.

Оргкомитет конгресса: [rec@ipkszh.khv.ru](mailto:rec@ipkszh.khv.ru), т. (4212) 72-87-15; 72-87-37

**СТАНДАРТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

Газета Вестник МГНот с № 1 2006 года приступила к публикации стандартов медицинской помощи, утвержденных Минздравсоцразвития РФ, которые рекомендовано использовать при оказании медицинской помощи.

Эти стандарты мало доступны врачам.

В разработке стандартов медицинской и санаторно-курортной помощи принимали участие ведущие специалисты федеральных медицинских учреждений системы Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Российской академии медицинских наук при участии и координации отдела стандартизации в здравоохранении НИИ Общественного здоровья и здравоохранения ММА им. И.М. Сеченова, Департамента развития медицинской помощи и курортного дела и Департамента медико-социальных проблем семьи, материнства и детства Министер-

ства здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

В стандартах использованы коды Номенклатуры работ и услуг в здравоохранении, МКБ-10.

Частота предоставления услуги или частота назначения лекарственного средства в стандарте отражает вероятность выполнения медицинской работы (услуги) или применения лекарственного средства на 100 человек и может принимать значение от 0 до 1, где 1 означает, что всем пациентам необходимо оказать данную услугу. Цифры менее 1 означают, что настоящая услуга оказывается не всем пациентам, а при наличии соответствующих показаний и возможности оказания подобной услуги в конкретном учреждении. Среднее количество отражает кратность оказания услуги каждому пациенту.

Ориентировочная дневная доза (ОДД) определяет примерную суточную дозу лекарственного средства, а

эквивалентная курсовая доза (ЭКД) лекарственного средства равна количеству дней назначения лекарственного средства, умноженному на ориентировочную дневную дозу.

Разработчики: Хальфин Р.А., Шарапова О.В., Какорина Е.П., Мадьянова В.В., Ходунова А.А., Лукьянцева Д.В., Воробьев П.А., Авксентьева М.В. и др.

Стандарты писались на основе экспертного мнения о применении определенных услуг и лекарств при определенном заболевании. При этом, очевидно, стандарты могут содержать малоиспользуемые технологии и лекарства, часть необходимых лекарств может отсутствовать. В связи с этим важно было бы выслушать мнения врачей, единственная просьба — обосновывать свои мнения доказательствами эффективности, а не ссылками на «общеупотребительность» или «так принято».

**СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ НАРУШЕНИЕМ ВЕСТИБУЛЯРНОЙ ФУНКЦИИ**

**1. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА**

**Категория возрастная:** взрослые, дети

**Нозологическая форма:** нарушение вестибулярной функции

**Код по МКБ-10:** H81

**Фаза:** все фазы заболевания

**Стадия:** все стадии заболевания

**Осложнение:** вне зависимости от осложнений

**Условие оказания:** амбулаторно-поликлиническая помощь

Приложение  
к приказу Министерства  
здравоохранения и социального развития  
Российской Федерации  
от 29 ноября 2004 г. № 290

**1.1. ДИАГНОСТИКА**

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
B01.023.01	Прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный	1	1
B01.046.01	Прием (осмотр, консультация) врача сурдолога-оториноларинголога первичный	0,5	1
A03.25.002	Вестибулометрия	1	1
A12.25.001	Тональная аудиометрия	0,5	1
A03.25.003	Измерение частоты пульса	0,5	1
A03.16.001	Проведение калорической пробы	1	1

**1.2. ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА 6 МЕСЯЦЕВ**

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
B04.023.01	Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-невролога	1	2
B04.046.01	Диспансерный прием врача сурдолога-оториноларинголога	0,5	2

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД**	ЭКД***
Средства, влияющие на центральную нервную систему			0,8		
	<i>Средства для устранения головокружения</i>		1		
		Бетагистин	1	48 мг	8640 мг

\* — анатомо-терапевтическо-химическая классификация.

\*\* — ориентировочная дневная доза.

\*\*\* — эквивалентная курсовая доза.

**СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ОПОЯСЫВАЮЩИМ ЛИШАЕМ**

**1. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА**

**Категория возрастная:** взрослые, дети

**Нозологическая форма:** опоясывающий лишай

**Код по МКБ-10:** B 02

**Условие оказания:** амбулаторно-поликлиническая помощь

Приложение  
к приказу Министерства  
здравоохранения и социального развития  
Российской Федерации  
от 22 ноября 2004 г. № 232

**1.2. ДИАГНОСТИКА**

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.31.009	Сбор анамнеза и жалоб общетерапевтический	1	1
A01.31.010	Визуальный осмотр общетерапевтический	1	1
A01.31.011	Пальпация общетерапевтическая	1	1
A01.31.012	Аускультация общетерапевтическая	1	1
A01.24.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии периферической нервной системы	1	1
A01.24.002	Визуальное исследование при патологии периферической нервной системы	1	1
A01.24.003	Пальпация при патологии периферической нервной системы	1	1
A04.24.004	Исследование чувствительной и двигательной сферы при патологии периферической нервной системы	1	1
A06.03.021	Рентгенография позвоночника, вертикальная	0,5	1
A08.05.004	Исследование уровня лейкоцитов в крови	0,01	1
A08.05.006	Соотношение лейкоцитов в крови (подсчет формулы крови)	0,01	1
A09.05.009	Исследование уровня С-реактивного белка в крови	0,1	1
A12.05.001	Исследование оседания эритроцитов	0,01	1
A11.05.001	Взятие крови из пальца	0,01	1
A11.12.009	Взятие крови из периферической вены	0,01	1

## 1.2. ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА 7 ДНЕЙ

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.24.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии периферической нервной системы	1	2
A01.24.001	Визуальное исследование при патологии периферической нервной системы	1	2
A01.24.003	Пальпация при патологии периферической нервной системы	1	2
A04.24.004	Исследование чувствительной и двигательной сферы при патологии периферической нервной системы	1	2
A25.31.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях при неуточненных заболеваниях	1	2
A08.05.004	Исследование уровня лейкоцитов в крови	0,01	2
A08.05.006	Соотношение лейкоцитов в крови (подсчет формулы крови)	0,01	2
A12.05.001	Исследование оседания эритроцитов	0,01	2

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД**	ЭКД***
Средства для профилактики и лечения инфекций			1		
	Противовирусные препараты			1	
		Ацикловир	1	4,0 г	28 г

\* — анатомо-терапевтическо-химическая классификация.

\*\* — ориентировочная дневная доза.

\*\*\* — эквивалентная курсовая доза.

## СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ АБСЦЕССОМ КОЖИ, ФУРУНКУЛОМ И КАРБУНКУЛОМ

## 1. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА

Категория возрастная: взрослые, дети

**Нозологическая форма:** абсцесс кожи, фурункул и карбункул (абсцесс кожи, фурункул и карбункул лица, абсцесс кожи, фурункул и карбункул шеи, абсцесс кожи, фурункул и карбункул туловища, абсцесс кожи, фурункул и карбункул ягодицы, абсцесс кожи, фурункул и карбункул конечности, абсцесс кожи, фурункул и карбункул других локализаций, абсцесс кожи, фурункул и карбункул неуточненной локализации)

Код по МКБ-10: L02

Условие оказания: амбулаторно-поликлиническая помощь

Приложение  
к приказу Министерства  
здравоохранения и социального развития  
Российской Федерации  
от 11 февраля 2005 г. № 126

## 1.2. ДИАГНОСТИКА

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.01.001	Сбор анамнеза и жалоб в дерматологии	1	1
A01.01.002	Визуальное исследование в дерматологии	1	1
A01.01.003	Пальпация в дерматологии	1	1
A08.05.004	Исследование уровня лейкоцитов в крови	1	1
A08.05.006	Соотношение лейкоцитов в крови (подсчет формулы крови)	1	1
A11.05.001	Взятие крови из пальца	1	1
A02.31.001	Термометрия общая	1	1

## 1.2. ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА 10 ДНЕЙ

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.01.001	Сбор анамнеза и жалоб в дерматологии	1	2
A01.01.002	Визуальное исследование в дерматологии	1	2
A01.01.003	Пальпация в дерматологии	1	2
A16.01.028	Вскрытие фурункула (карбункула)	0,7	1
A02.31.001	Термометрия общая	1	1
A08.05.004	Исследование уровня лейкоцитов в крови	0,01	1
A08.05.006	Соотношение лейкоцитов в крови (подсчет формулы крови)	0,01	1
A11.05.001	Взятие крови из пальца	0,01	1
A15.01.002	Перевязки при гнойных заболеваниях кожи и подкожной клетчатки	1	10
A25.01.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях кожи, подкожно-жировой клетчатки, придатков кожи	1	1

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД**	ЭКД***
Средства для профилактики и лечения инфекций			1		
	Антибактериальные препараты		1		
		Цефуроксим	0,7	1,0 г	5,0 г
		Эритромицин	0,3	1,0 г	5,0 г

\* — анатомо-терапевтическо-химическая классификация.

\*\* — ориентировочная дневная доза.

\*\*\* — эквивалентная курсовая доза.

Книги издательства  
«НЬЮДИАМЕД»  
можно приобрести:

- магазин «Дом медицинской книги» — метро «Фрунзенская»;
- магазин «Московский дом книги» — метро «Арбатская»;
- магазин «Книга и здоровье» — метро «Беговая»;
- заказать через электронный магазин медицинской литературы <http://www.zdravkniga.net/>;
- в издательстве по тел.: (095) 118-74-74, E-mail: mtpndm@dol.ru

Как получить нашу газету? **БЕСПЛАТНО!**

Заполните купон, и газета будет приходить к Вам. В газете публикуются материалы, статьи по важнейшим вопросам современной медицины, исторические очерки, прямая речь выдающихся врачей современности, информация о работе общества (расписания Пленарных заседаний, различных секций и приглашения для участия в секциях), отчеты о пленарных и секционных заседаниях.

Вы можете передать для внесения в базу данных сведения не только о себе, но и о своих друзьях — московских докторов, а также врачей из других регионов:

МОСКОВСКОЕ ГОРОДСКОЕ НАУЧНОЕ ОБЩЕСТВО ТЕРАПЕВТОВ			
Ф.И.О.	Почтовый адрес доставки (индекс обязательно)	Место работы	Должность
Контактный телефон:	E-mail:		

Купон высылайте в конверте по адресу:

115446, Москва, Коломенский пр., д. 4, ГКБ № 7, кафедра гематологии и гериатрии. Газета высылается **БЕСПЛАТНО**

(Окончание. Начало в № 6)

Риск нежелательных лекарственных реакций очень высок у пациентов, находящихся в отделениях реанимации и интенсивной терапии, особенно с нарушениями сознания. Контролировать переносимость препаратов также сложно у пациентов, страдающих психическими заболеваниями. Нередко потенцируют развитие побочных эффектов лекарственных препаратов алкоголь и наркотические вещества. Очевидна необходимость осторожного назначения лекарственных средств при нарушенной функции печени и хронической почечной недостаточности.

Проблема большой лекарственной болезни, впервые четко обозначенная Е.М. Тареевым в 1957г., остается актуальной, прежде всего с точки зрения своевременного распознавания связи с приемом того или иного препарата ее клинических масок, сходных с так называемыми системными заболеваниями. Хорошо известно драматическое увеличение распространенности узелкового полиартериита, индуцированного сульфаниламидами, совпавшее с широким применением этих препаратов в послевоенные годы.

## ЛЕКАРСТВЕННАЯ ТЕРАПИЯ: Возможности и опасности

**Н.А. Мухин, С.В. Моисеев, В.В. Фомин**  
Кафедра терапии и профзаболеваний ММА им. И.М. Сеченова

Некоторые антигипертензивные (гидралазин, метилдопа) и антиаритмические (новокаионамид) средства могут вызывать формирование системной красной волчанки. Развитие «системных» вариантов лекарственной болезни почти всегда непредсказуемо, поскольку обусловлено индивидуальной реакцией организма пациента на препарат. Вместе с тем целенаправленный поиск связи впервые диагностированных системной красной волчанки, узелкового полиартериита, ANCA-ассоциированных васкулитов (возможных при назначении изониазида, аллопуринола), прогрессирующего легочного фиброза (особенно характерного для пациентов, длительно получающих метотрексат), поражения почек (в том числе мембранозной нефропатии и иммунокомплексного нефрита, в ряду этиологических факторов которых заметное положение занимают D-пеницилламин и препараты золота) с приемом лекарственных средств всегда необходим, поскольку в этой ситуации только отмена препаратов может привести к полному исчезновению проявлений заболевания. Тем более что, по словам Е.М. Тареева, «лекарственная системная красная волчанка — это системная красная волчанка без каких-либо скидок, от нее можно умереть».

Иногда частота нежелательных явлений, связанных с приемом лекарственных препаратов, может значительно превышать распространенность отдельных клинических признаков самой болезни, для лечения которой они используются. По данным R. Randsford, в течение 8 лет (1991—1998) проанализировавшего 4,7 млн назначений сульфасалазина и 2,8 млн — месалазина, тубулоинтерстициальный нефрит, обусловленный приемом указанных производных 5-аминосалициловой кислоты, среди нежелательных лекарственных реакций уступал по распространенности только поражениям системы крови — анемии, лейкопении, тромбоцитопении (23 и 42% соответственно). В другом крупном эпидемиологическом исследовании установлено, что риск тубулоинтерстициального нефрита при приеме препаратов 5-аминосалициловой кислоты повышается в 1,6 раза.

Еще один аспект проблемы большой лекарственной болезни — последствия неконтролируемого приема пациентами некоторых классов лекарственных препаратов. Наряду

с седативными и снотворными средствами к числу препаратов, наиболее часто употребляемых больными самостоятельно, без должного врачебного контроля, относят ненаркотические анальгетики. Установлены некоторые факторы риска злоупотребления ненаркотическими анальгетиками — пожилой возраст, хронические болевые синдромы (головные боли, в том числе мигрени, синдром боли в нижней части спины — low back pain syndrome), артралгии, депрессия. Одним из наиболее неблагоприятных последствий длительного приема этих препаратов в больших дозах является анальгетическая нефропатия. Снижение ее распространенности было отмечено после прекращения использования наиболее агрессивного в отношении почечного тубулоинтерстиция фенацетина и так называемых анальгетических смесей, содержащих кофеин или кодеин и, следовательно, вызывающих развитие психической зависимости.

В некоторых странах Европы, например, в Чехии, распространенность анальгетического поражения почек, напротив, увеличилась за последние 10 лет, когда фенацетин уже не применялся. Ведущими причинами постоянного приема ненаркотических анальгетиков, обусловившего поражение почек, были хронические головные боли, артралгии и боли в животе. Как правило, анальгетическая нефропатия к моменту начала заместительной почечной терапии не была распознана. Следует подчеркнуть, что, в отличие от большинства других хронических прогрессирующих нефропатий, анальгетическое поражение почек полностью предотвратимо, особенно тогда, когда злоупотребление ненаркотическими анальгетиками удается своевременно выявить и устранить. Необходимо еще раз подчеркнуть важность диагностики хронических болевых синдромов, характерных у лиц пожилого и старческого возраста. Особую опасность по-прежнему представляют комбинированные препараты, содержащие помимо ненаркотического анальгетика средства, влияющие на центральную нервную систему, — пенталгин (комбинация метамизола, парацетамола, кофеина и кодеина), каффетин (комбинация пропифеназона, парацетамола, кофеина и кодеина). Большинство их разрешено к безрецептурному отпуску.

С возможностью предупреждения нежелательных последствий полной блокады всех изоформ циклооксигеназы был связан определенный оптимизм в отношении селективных ингибиторов ЦОГ-2. Было показано, что вероятность поражения желудочно-кишечного тракта (НПВП-гастропатии) при применении ингибиторов ЦОГ-2 снижается. Вместе с тем в плане поражения почек эти препараты оказались столь же опасными, как и неселективные ингибиторы ЦОГ.

Большую опасность с точки зрения развития нежелательных явлений, в том числе угрожающих жизни, представляют собой средства традиционной медицины, в отношении которых зачастую не проводятся общепринятые процедуры регистрации и, следовательно, не определены их эффективность и безопасность. Многие пациенты могут самостоятельно отдавать предпочтение именно этим средствам, поскольку считают, что риск, связанный с приемом «естественных», «природных» лекарств, минимален. В 1991—1992 гг. в Бельгии было зарегистрировано 9 случаев развития терминальной почечной недостаточности у молодых женщин, проходивших курс лечения ожирения в клиниках, специализирующихся на традиционной медицине, и принимавших препараты, состоящие из определенных видов китайских трав. При морфологическом исследовании ткани почек, полученной при биопсии, был выявлен выраженный тубулоинтерстициальный фиброз. Изменения в моче у этих пациенток были минимальными, артериальная гипертензия — умеренной, но функция почек

Продолжение на стр. 8

## ИнтерНьюс

**Идентифицирована область головного мозга, отвечающую за восприятие человеком своего тела**

Так называемая парietальная кора воспроизводит изображение фигуры, и нарушение ее нормального функционирования может привести к анорексии, а также пере- и недооценке своего веса. Исследователи во главе с неврологом Лондонского университетского колледжа Х. Эрссоном наблюдали за работой мозга 17 испытуемых, с помощью иллюзии заставляя их думать, что размер их талии становится меньше. Для этого добровольцам прикладывали к запястью вибрирующее устройство, которое стимулировало сухожилие и создавало ложное ощущение сгиба в суставе. Когда участники эксперимента прикладывали руку к любой части тела, воображаемое движение запястья заставляло их полагать, что она меняет свой размер. Этот метод известен как «иллюзия Пинокио», поскольку, когда вы прикасаетесь к кончику своего носа, вы чувствуете, что он как будто бы становится длиннее. Это позволяет обмануть мозг и управлять своей фигурой. Когда испытуемые клали свою руку на талию, они сразу же ощущали, что она уменьшилась более чем на четверть от реального размера. В тот же момент ученые наблюдали за деятельностью мозга с помощью метода функциональной магнито-резонансной томографии, чтобы зафиксировать изменения в мозговом кровотоке. Исследования показали, что повреждения парietальной коры также заставляют человека почувствовать, что его части тела меняются. Люди, страдающие мигренью и состоянием, близким к эпилептическому припадку, иногда могут подвергаться феномену, носящему название «Алиса в стране чудес», когда они ощущают уменьшение своего тела.

Источник: *Medicus.ru*

**Каждый третий подросток и каждый восьмой взрослый в США имеет детренированную сердечно-сосудистую и дыхательную систему**

Это сочетается с высокой распространенностью факторов сердечно-сосудистого риска, например, гиперхолестеринемии и повышенного артериального давления. Анализируя данные исследования NHANES (National Health and Nutrition Examination Survey) за 1999—2002 гг., д-р Мерседес Каметон (Школа Медицины Фейнберга, Чикаго) отобрала информацию по 3110 подросткам 12—19 лет и 2205 взрослым 20—49 лет, исходно не страдавшим сердечно-сосудистыми заболеваниями. Участники выполняли тредмил-пробу, со ступенчатым увеличением нагрузки до субмаксимального уровня (75—90% от возрастной максимальной частоты сердечных сокращений). При этом регистрировалось максимальное потребление кислорода. Низкая кардиореспираторная тренированность была выявлена у 33,6% подростков (в пересчете на всю популяцию это составляет 7,5 миллионов) и у 13,9% взрослых (8,5 миллионов). Распространенность низкой кардиореспираторной тренированности была одинаковой у девочек и мальчиков-подростков — 34,4% и 32,9%, соответственно. Взрослые женщины были менее тренированными, чем мужчины: 16,2% против 11,8%, соответственно. Во всех группах индекс массы тела и окружность талии были обратно связаны с уровнем тренированности. Уровни общего холестерина и систолического артериального давления были выше, а уровни липопротеинов высокой плотности — ниже у менее тренированных лиц.

Чтобы предотвратить повышение сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности, обусловленные эпидемией ожирения, необходимы образовательная кампания и изменение условий жизни, стимулирующие физическую активность, подчеркивают ученые.

Источник: *JAMA 2005; 294: 2981-8*



### СБОРНИК ПРАВОВЫХ И НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ ТРАНСФУЗИОЛОГИИ

Под редакцией профессора П.А. Воробьева

Издательство «НьюДиамед»

Для клинических и производственных трансфузиологов.

Полное собрание нормативных документов (полнотекстовые версии) по производственной и клинической трансфузиологии за последние 30 лет. Книга — результат поиска документов в архивах Минздрава России, медицинских организаций, правовых баз данных. Книга уникальна полнотой представленного материала. Каждый найдет здесь то, что пригодится ему в работе: нормы расхода, штатное расписание, правила переливания компонентов крови и инструкцию по лечению Краш — синдрома, многие документы ранее не публиковались.

## ИнтерНьюс

### Молодые умирают от компьютерных игр

В 2005 г. 28-летний южнокореец Ли скончался после 50-часового марафона в компьютерном кафе в городе Taegu. К игре он приступил 3 августа и вплоть до смерти не занимался ничем, кроме игр в боевые симуляторы — отлучался Ли только в туалет, да ненадолго прикорнул на импровизированной койке.

«Мы считаем, что причиной смерти явилась остановка сердца, вызванная истощением», — заявил представитель местной полиции.

Незадолго до этого Ли бросил работу, чтобы ничто не отвлекало его от компьютерных игр.

В Екатеринбурге летом 2005г. 12-летний школьник скончался от обширного инсульта после того, как 12 часов подряд провел за компьютером в одном из местных игровых клубов. 31 мая во время игры у ребенка внезапно начались судороги. По словам врачей, он потерял ориентацию в пространстве, перестал узнавать родителей, вел себя неадекватно. 5 июня ребенка перевели на искусственную вентиляцию легких, а уже через три дня он скончался. Вскрытие показало, что смерть наступила в результате обширного инсульта.

Рассказывает заведующий наркологическим отделением детской больницы Екатеринбурга Алексей Сулимов: «В результате продолжительного стресса у мальчика нарушилось кровоснабжение головного мозга. Ему стало плохо, закружилась голова. Но тяга к компьютерным играм была настолько сильна, что он продолжал играть. Подросток умирал, но не мог оторваться от игры. Эмоциональное напряжение все возрастало, и произошёл тромбоз. Просто поразительно, но мальчик и в этот момент продолжал играть. Ребенок оторвался от компьютера, лишь когда его скрутил сильнейший припадок».

Источник: [cnews.ru](http://cnews.ru)

### Метаболический синдром ассоциируется с развитием немых инфарктов головного мозга у относительно здоровых лиц, тем самым повышая риск больших инсультов и деменции

Немой инфаркт мозга выявляется, например, при ядерно-магнитно-резонансном исследовании, не проявляясь клинически. Метаболический синдром, как известно, связан с увеличением риска патологии сердца и инсульта. Решив уточнить возможную связь между двумя этими состояниями, д-р Бьонг-Вуу Йон и его коллеги (клиника Национального Университета, Сеул, Корея) выполнили ядерно-магнитно-резонансное исследование у 1588 неврологически здоровых лиц в возрасте 20-86 лет. Диагноз метаболического синдрома устанавливался согласно критериям National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III. В целом, у 5,5% участников имелся как минимум один немой инфаркт мозга, выявляемый при ядерно-магнитно-резонансном исследовании. Возраст был достоверно связан с частотой немой инфаркта мозга (отношение шансов 1,06). Для ИБС в анамнезе отношение шансов достигало 2,83. Для метаболического синдрома оно составило 2,18, для гипертонии — 3,75, для гипергликемии натощак — 1,74. Как пишут авторы, метаболический синдром ассоциируется с немymi инфарктами головного мозга независимо от традиционных факторов сердечно-сосудистого риска. Это подтверждает клиническую значимость метаболического синдрома как важного фактора риска и необходимость в разработке стратегии контроля метаболического синдрома и его отдельных компонентов.

Источник: [Stroke 2006](http://Stroke 2006)

Начало на стр. 7 ➔

ухудшалась значительно быстрее, чем при других тубулоинтерстициальных нефропатиях. Аналогичные случаи развития тяжелого поражения почечного тубулоинтерстиция при употреблении китайских трав зарегистрированы и в других странах, например, во Франции и Великобритании. Установлено, что токсическое действие на почечный тубулоинтерстиций оказывает содержащаяся в некоторых китайских травах аристолохиевая кислота. Наряду с профиброгенным эффектом это вещество, как показано в клинических и экспериментальных исследованиях, способствует развитию злокачественных опухолей мочевыводящих путей. Если суммарная доза аристолохиевой кислоты достаточно велика, поражение почечного тубулоинтерстиция может прогрессировать и тогда, когда прием китайских трав прекращен. Необходимо критически относиться к использованию, часто самостоятельному, средств традиционной медицины, которыми нередко необоснованно заменяют реально действующие препараты и которые могут становиться причиной опасных нежелательных явлений.

Распространенным в клинической практике остается назначение препаратов по «эмпирическим» показаниям и руководствуясь имеющимся клиническим опытом. Это, например, использование антибактериальных препаратов при неосложненных острых респираторных вирусных инфекциях, лечение бронхиальной астмы антигистаминными препаратами, широкое применение так называемых гепатопротекторов, «сосудистых» препаратов (типа пентоксифиллина). Сомнительными возможностями с точки зрения улучшения результатов лечения обладают иммуномодуляторы и большинство витаминных препаратов. Не будучи эффективными, эти средства, тем не менее, могут приводить к развитию серьезных нежелательных явлений. Кроме того, пациенты нередко расходуют на них средства

в ущерб использованию реально действующих лекарств. Хорошо известны периоды увлечения отдельными лекарственными препаратами, предполагаемая эффективность которых как будто была обоснована теоретически и продемонстрирована в экспериментальных работах (препараты АТФ, кокарбоксилаза, рибоксин), и следующие затем периоды полного разочарования, что в контролируемых клинических исследованиях не подтверждается. Особенно четко это демонстрируют результаты таких исследований, как, например, Heart Protection Study, в котором был опровергнут кардиопротективный эффект витамина Е, предполагавшийся на основании приписываемых ему антиоксидантных свойств.

Число новых лекарственных препаратов непрерывно увеличивается. Всегда следует иметь в виду, что последствия применения любого лекарственного препарата могут оказаться не менее опасными, чем само заболевание, для лечения которого его назначили. Настороженность в отношении нежелательных явлений, в том числе казуистически редких, — не менее значимый фактор успеха лекарственной терапии, чем строгое соблюдение показаний и противопоказаний, осторожность подбора дозы и контроль. В настоящее время условия развития нежелательных лекарственных реакций продолжают расширяться — помимо уже упомянутых возраста пациента, функционального состояния почек и печени, особенностей взаимодействия отдельных групп препаратов, это и наследственные факторы, влияющие на кинетику лекарственных средств.

Определяя стратегию лекарственного лечения, необходимо руководствоваться принципами: «сокращать до строго рационального минимума число лекарств... одновременно как можно больше расширяя рациональные режимные мероприятия», а также «понимать, какими мощными лекарственными средствами врачу дано право распоряжаться, и стремиться глубоко и всесторонне изучить их».



## XI Международная научно-практическая конференция «ПОЖИЛОЙ БОЛЬНОЙ. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ» 2—4 октября 2006 года Центральный дом ученых РАН, Москва

Постоянно действующий Организационный комитет конференции «ПОЖИЛОЙ БОЛЬНОЙ. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ» сообщает о проведении 2-4 октября 2006 года XI Международной научно-практической конференции. Среди организаторов: Министерство здравоохранения и социального развития РФ, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования, Российская Академия Медицинских Наук, Научное медицинское общество геронтологов и гериатров, Геронтологическое общество РАН, ООО «МТП Ньюдиамед».

### Основные научные направления конференции:

- Организация медицинской и социальной помощи пожилым. Современные геронтологические. Сестринский процесс.
- Геронтологические аспекты терапии (кардиология, ревматология, гематология, и т.д.), хирургии, офтальмологии, стоматологии, неврологии и психиатрии.
- Теоретические основы геронтологии, старение, геронтопекторы.
- Стандартизация, медицина, основанная на доказательствах, и клиничко-экономический анализ в гериатрии.
- Геронтофармакология.

Техническое обеспечение: оверхед, мультимедийная установка.

Во время конференции будет проходить выставка ведущих фирм, производящих лекарственные препараты, лечебное и реабилитационное медицинское оборудование, предметы ухода для пожилых.

### Важные даты

Предоставление тезисов до 15 июня 2006

Резервирование номера в гостинице

до 1 сентября 2006 года

с обязательным подтверждением бронирования в сроки с 1 по 16 сентября

Регистрационный взнос с учетом действующих налогов составляет 2000 руб. и обеспечивает аккредитацию участника конференции, публикацию тезисов, получение опубликованных тезисов, папки с материалами конференции, ежедневный обед. Для членов Научного медицинского общества геронтологов и гериатров — оплата в размере 50%. Вопрос о возможности аккредитованных участников выступить с ус-

ным 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

### Правила оформления тезисов:

Тезисы объемом до 1 страницы формата А4, шрифт 12, 1,5 интервала в 2-х экземплярах высылаются в Оргкомитет. К тезисам прилагается дискета с электронным вариантом (Word для Windows). Возможна пересылка материалов по электронной почте ([mtpndm@dol.ru](mailto:mtpndm@dol.ru)) вложенным файлом. Воспроизведение с авторского оригинала без редактирования — ответственность за все ошибки лежит на авторе тезисов.

В тезисах должны быть указаны название, авторы, организация, желательны — цели и задачи исследования, описание методов и полученных результатов с приведением цифровых данных, заключение.

Образец:

НАИМЕНОВАНИЕ РАБОТЫ

(большими буквами)

Авторы — Инициалы, Фамилии

Учреждение, в котором выполнена работа

ТЕКСТ

Адрес Оргкомитета: Москва, 115446, Коломенский проезд д.4, ГКБ N 7, Кафедра гематологии и гериатрии ФППО ММА им. И.М. Сеченова, Оргкомитет Конференции: «ПОЖИЛОЙ БОЛЬНОЙ. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ».

Телефон/факс: (095) 118-74-74.

E-mail: [mtpndm@dol.ru](mailto:mtpndm@dol.ru)

Web-сайты: [www.zdrav.net](http://www.zdrav.net); [www.zdravkniga.net](http://www.zdravkniga.net)

Председатель оргкомитета, профессор Воробьев Павел Андреевич

Научный секретарь Некрасова Наталья Игоревна

Ответственный секретарь Рихард Галина Семеновна

Секретарь Иванова Елена Юрьевна



**КЛИНИЧЕСКИЙ РАЗБОР**

В наш адрес поступило письмо от нашего друга, врача геронтологического центра ОЗЕ (Париж, Франция) Г. Некрича. Он предлагает рассмотреть некоторые деонтологические вопросы:

Уважаемая редакция! Во Франции в программе усовершенствования врачей, специализирующихся в области геронтологии, а также клиницистов различных специальностей, сталкивающихся, по роду деятельности, с проблемами, возникающими при лечении пожилых пациентов, среди прочих пособий используется вопросник с ответами и комментариями по различным разделам геронтологии Syllabus Gériatrique (livre 3), издаваемый в США на английском языке и во Франции на французском. Издателями являются Fondation IPSEN, Société Française de Gérontologie, American Geriatrics Society IPSEN.

В ряде клинических случаев мнения американских и французских специалистов не совпадают, предлагаю редакции высказать мнение российских специалистов по дискуссионному клиническому случаю, весьма распространенному в геронтологической практике.

**Дискуссионный клинический случай.** Женщина 83 лет находится в глубокой коме после перенесенного 10 дней назад острого нарушения мозгового кровообращения (геморрагический инсульт) с массивным поражением правой гемисферы. Спонтанное дыхание отсутствует, нет реакции на визуальную и болевую стимуляции. Неврологическое обследование дает основание полагать, что возвращение сознания маловероятно. В первые часы после нарушения мозгового кровообращения пациентка была в состоянии изложить свое предварительное требование: назначить свою сестру полномочной и ответственной для всех переговоров с лечащим персоналом и администрацией госпиталя. При этом пациентка уточнила, что в случае потери сознания она против искусственного введения жидкостей и питательных продуктов с целью продления жизни в коматозном состоянии. Сестра передала требование пациентки лечащему врачу. Лечащий врач из собственных моральных соображений против прекращения реанимационных мероприятий. Сестра пациентки настаивает на исполнении требования последней.

**Вопрос:** какие из нижеперечисленных действий лечащего врача должны соответствовать клинической ситуации?

1. Не соглашаться с требованием сестры, поскольку предварительное требование пациентки недействительно при изменении состояния.
2. Согласиться с требованием сестры пациентки.
3. Передать полномочия по лечению этой пациентки другому лечащему врачу.
4. Консультироваться с Комитетом госпиталя по вопросам медицинской этики.

**Комментарии американских специалистов.** Согласно закону о Самоопределении Пациента (США), врач обязан выполнить резонное требование пациента (если последний в состоянии его высказать) или делегированного пациентом лица. Предварительное требование действительно с момента его изложения на все случаи изменения клинической

ситуации. Если лечащий врач не согласен с просьбой пациента или его представителя, он обязан передать лечебные функции другому врачу, который согласен выполнить это требование. От конкретного врача не требуется выполнения лечебно-диагностических актов, несовместимых с его моральными представлениями, но медицинское учреждение обязано выполнить резонное требование пациента. Комитет по вопросам медицинской этики госпиталя способен дать полезную консультацию, но единственно лечащий врач является ответственным за выполнение требования пациента или делегированного им лица. Таким образом, правильный ответ третий. Передать полномочия по лечению пациентки другому лечащему врачу, согласному с ее требованием.

**Комментарий французских специалистов.** Это наблюдение абсолютно не соответствует ни клинической практике, ни французским законам, ни медицинской деонтологии. Даже в отсутствие директивы пациента о конце его жизни, клиническая ситуация, характеризующая невозможность восстановления витальных функций в курсе острого нарушения мозгового кровообращения (например, массивные кровоизлияния в желудочки мозга), не требует установки искусственной вентиляции легких и еще меньше ее поддержания — проблемы более важной, чем инфузионная гидратация или искусственное питание! Принятие такого решения — прекращения реанимационных мероприятий — требует от ответственного за лечение врача обязательного оповещения родственников пациента и всего дежурного медицинского персонала, по возможности консультации с бригадой специалистов паллиативного лечения терминальных состояний и Комитета по медицинской этике госпиталя. Однако окончательное решение принимает лечащий врач согласно своим профессиональным знаниям, а также «душе и сознанию». Но такое решение должно сопровождаться точной стандартной диагностикой с обязательным сканированием мозга и электроэнцефалографией, подтверждающими необратимые нарушения мозговых структур. Наша деонтология запрещает проводить лечение, не имеющее своей целью терапевтическое улучшение или, по меньшей мере, поддержание жизненного комфорта в отсутствие надежды на выздоровление или хотя бы на частичное восстановление. В США, при отсутствии директив со стороны пациента или делегированных лиц, «терапевтическое упорство» является правилом.

**Что делают в России?** В большинстве случаев никто не подключит такую большую к аппарату искусственного дыхания. Решение принимает (или не принимает) лечащий врач, иногда — с участием заведующего отделением. Обычно для такого решения не требуется даже консультация реаниматолога. Законодательно этические нормы и правила в России не закреплены. Так, в законодательстве отсутствуют критерии смерти (мозга), в связи с чем и возник процесс над врачами, забравшими у трупа органы: они считали, что работают с трупом, а пришедшие с милицией эксперты — что изъятие органов проводится у живого. Вопросы активной и пассивной эвтаназии не являются предметом общественных дискуссий.

**Сопредседатели секции:**

- Беленков Ю.Н., член-корр. РАН, академик РАМН, д.м.н., профессор
- Сандриков В.А., член-корр. РАМН, д.м.н., профессор
- Глезер М.Г., д.м.н., профессор

**Программа заседания:**

1. Круглый стол
2. Обсуждения
3. Доклад спонсоров

Заседание пройдет по адресу: Москва, Ленинский проспект, д. 32-А Здание Президиума Российской Академии Наук, центральный вход 3-й этаж, синий зал заседаний

Проезд до станции метро «Ленинский проспект» (первый вагон из центра) или на любом троллейбусе от станции метро «Октябрьская-кольцевая»

**Сопредседатели секции:**

- Ноников В.Е., д.м.н., профессор,
- Богомолов Б.П., член-корр. РАМН, профессор

**Программа заседания:**

1. Основной доклад
2. Выступления оппонентов
3. Доклад спонсора

Заседание пройдет по адресу: Москва, Ленинский проспект, д. 32-А Здание Президиума Российской Академии Наук, центральный вход 3-й этаж, синий зал заседаний

Проезд до станции метро «Ленинский проспект» (первый вагон из центра) или на любом троллейбусе от станции метро «Октябрьская-кольцевая»

**Сопредседатели секции:**

- Савенков М.П., д.м.н., профессор кардиолог
- Парфенов В.А., д.м.н., профессор, невролог.

**Программа заседания:**

1. Основные доклады
2. Выступления оппонентов
3. Доклад спонсоров

Заседание пройдет по адресу: Москва, Ленинский проспект, д. 32-А Здание Президиума Российской Академии Наук, центральный вход 3-й этаж, синий зал заседаний

Проезд до станции метро «Ленинский проспект» (первый вагон из центра) или на любом троллейбусе от станции метро «Октябрьская-кольцевая»

**ОСТЕОАРТРОЗ: ПРОБЛЕМА ГЕРИАТРИИ**

2004 г.

В. В. Цурко

Издательство «Ньюдиамед»



Обсуждаются современные схемы лечения и комплексы обоснованной терапии остеоартроза с перспективой использования препаратов, модифицирующих структуру хряща, а также вопросы профилактики заболевания. Книга предназначена для врачей-терапевтов, геронтологов, ревматологов, а также для студентов старших курсов и слушателей системы ФППОВ.

**SCHWARZ PHARMA**

SCHWARZ PHARMA AG  
Россия, Москва, ул. Усачева 33/2, стр. 5  
Тел. +7 495 9330282  
Факс +7 495 9330283  
www.schwarzpharma.com  
www.medi.ru

**ВАЗОНИТ® 600 мг ретард**

**Издательство «НЬЮДИАМЕД»**

ищет дилеров по продаже

научно-медицинской литературы в регионах

Предложения высылать на e-mail: mtpndm@dol.ru

Лушина

Людмила Витальевна

**КАРДИОЛОГИЧЕСКАЯ СЕКЦИЯ**

## Приглашение

**«Хирургическая помощь и интенсивная терапия при нарушениях ритма»**

18 мая 2006 года  
Начало в 17.00  
Вход по приглашениям

## Чем больше мы узнаем о головокружении...

тем большее значение приобретает

# Бетасерк 24

- Удобство приема: 1 таблетка 24 мг всего 2 раза в день
- Быстрое купирование острых приступов вестибулярного головокружения и болезни Меньера
- Надежная профилактика рецидивов вертиго
- Улучшение функции слуха, лечение шума и звона в ушах
- Отсутствие седативного эффекта и этническая безопасность в пожилом возрасте

**SOLVAY PHARMA**

12523, Москва, пр. Басманов, 35, 3 этаж  
Тел.: (495) 471-8971 Факс: (495) 471-4200  
E-mail: info@solway-pharma.ru  
http://www.solway-pharma.ru

## АКТУАЛЬНЫЙ ГЕМОСТАЗ



профессор П.А. Воробьев  
Издательство «Ньюдиамед»

Пособие для практических врачей, которым необходимо решать диагностические и лечебные задачи у постели больного.

Последние достижения в данной сфере; основные закономерности патологии гемостаза; углубленные представления о патогенезе многих заболеваний; новые взгляды на терапевтические подходы; наиболее актуальные с практической точки зрения проблемы; самые сложные теоретические позиции — исчерпывающую информацию о современном состоянии дел с этой тяжелой патологией — студент, интерн, ординатор, практикующий врач найдет в этой книге.

**ЧЕЛОВЕК И ИНФЕКЦИЯ**

## Приглашение

**«Инфекционная природа поражения желудка: мифы и реальность»**

16 мая 2006 года  
Начало в 17.00  
Вход по приглашениям

Закончилась зимняя Олимпиада в Турине. Кроме побед она принесла и ставший привычным допинговый скандал, в центре которого Ольга Пылева. Правда, в нем появились некоторые новые нотки: виноватым оказался... Щелковский витаминный завод. По сведениям из инструкции препарат Фенотропил относится к группе психостимуляторов, хотя стыдливо отнесен заводом к «ноотропам». Честно говоря, вся эта группа для меня — загадка. Но в данном случае четко написано в показаниях: препарат применяется для коррекции функционального состояния организма в экстремальных условиях профессиональной деятельности с целью предупреждения развития утомления и повышения умственной и физической работоспособности. Кажется, это можно читать как описание допинга! Более того, завод предупреждает, что спортсменам следует сократить стандартный курс приема препарата с двух недель до трех дней. Какие еще нужны комментарии? Препарат-допинг, запрещенный для спортсменов под иным коммерческим (или генерическим?) наименованием, в России выпускают и рекомендуют спортсменам! Что-то не приходилось в других инструкциях к препаратам видеть специальные предупреждения по приему атлетами.

Но, может быть, все-таки наивные спортсмены, никогда допинга не видевшие в глаза, и даже не знающие, что это такое, случайно по наивности приняли запрещенный препарат? Да у него нет таких показаний — восстановление после травмы, только психостимуляция, повышение работоспособности. Сейчас подобные вещества массово продаются на бензозаправках для засыпающих водителей. И без всякого рецепта. Очевидно, что это тоже допинг, такой же, как кофе, шоколад, кола и т.д. Возможно, и токсичный — но кто это проверял.

Сегодня спорт превратился из соревнования личных достижений в соревнования технологий по-

вышения работоспособности, выносливости, внимания участников соревнований. В ход идут и наркотики, и гемотрансфузии, и диуретики, и бронхолитики. Только создается впечатление о малограмотности специалистов по допингам. Чего только стоит идея увеличения количества циркулирующих эритроцитов. Эти работы выполнялись давно, еще в 70-е годы: у спортсменов заготавливали кровь, а потом ее вливали. В основе идеи — необходимость увеличения объема переносимого кислорода. Только вот физиология все

делает по-иному: в капиллярах, где кислород от эритроцитов переходит к тканям, кровь разводится плазмой почти в 2 раза, она там жидкая совсем. Эритроциты медленно ползут по узким капиллярам. И если концентрация эритроцитов повысится, то начнутся стазы, газообмен ухудшится. Кроме того, нагрузка вызывает активацию свертывания, микротромбозы, ДВС-синдром.

Тут нужна свежесозможенная плазма, антикоагулянты, а не эритроциты. Такой вид допинга — аутокриоплазмой — предлагался олимпийской сборной СССР около 20 лет назад. Использовали ли олимпийцы этот метод, являющийся скорее не допингом, а профилактикой осложнений — не знаю. Косвенно о применении говорили, но прямых доказательств нет.

Многие виды спорта основаны на эксплуатации врожденных дефектов соединительной ткани (повышенная гибкость), при этом у таких людей нередко имеются пролапс митрального клапана, подвижность и дистопия внутренних органов, склонность к вывихам, грыжеобразованию и т.д. Если жить спокойно, то большинство этих состояний не будут носить тяжелого характера, если нагружаться — будут тяжелые осложнения.

Твердо нужно знать: современный спорт вреден, он ведет к сокращению человеческой жизни за счет как перегрузок, так и использования гормонов, психостимуляторов, развития тромбозов, обострения потенциальных болезней.

## ОБЩИЙ АНАЛИЗ

от П. Медика

### О ДОПИНГЕ — НЕПРОФЕССИОНАЛЬНО

**АНТИЛОГИЧЕСКАЯ СЕКЦИЯ**

## Приглашение

**«Дисфункция эндотелия. Что можно противопоставить?»**

31 мая 2006 года  
Начало в 17.00  
Вход по приглашениям

Вестник МГНОТ (бесплатное приложение для врачей к журналу «Клиническая геронтология») 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, А.А. Арсланов

Редакционный совет: А.И. Воробьев (председатель редакционного совета), В.Н. Ардашев, З.С. Баркаган, А.С. Белевский, Ю.Н. Беленков, Ю.Б. Белоусов, Б.П. Богомолов, И.Н. Бокарев, В.И. Бурцев, Е.Ю. Васильева, В.А. Галкин, М.Г. Глезер, Е.Е. Голин, А.П. Голиков, Д.И. Губкина, Н.Г. Гусева, Л.И. Егорова, В.М. Емельяненко, Р.М. Заславская, Г.Г. Иванов, В.Т. Ивашкин, А.В. Калинин, А.В. Каляев, С.В. Карпова, М.И. Кечкер, А.И. Кириенко, В.М. Ключев, Ф.И. Комаров, Б.М. Корнев, Л.Б. Лазебник, В.И. Маколкин, И.В. Мартынов, А.С. Мелентьев, А.А. Михайлов, В.С. Моисеев, В.Е. Ноников, Н.А. Мухин, Е.Л. Насонов, В.А. Насонова, В.Г. Новоженев, Л.И. Ольбинская, Н.Р. Палеев, М.А. Пальцев, В.А. Парфенов, А.В. Погожева, А.В. Покровский, В.И. Покровский, Н.П. Потехин, А.Л. Раков, М.П. Савенков, В.Г. Савченко, В.В. Серов, В.Б. Симоненко, А.И. Синопальников, В.С. Смоленский, Г.И. Сторожаков, А.Л. Сыркин, В.П. Тюрин, А.И. Хазанов, Е.И. Чазов, А.Г. Чучалин, Л.В. Циганова, В.В. Цурко, Т.В. Шишкова, Н.А. Шостак, А.В. Шлептор, Н.Д. Ющук, В.Б. Яковлев

Газета распространяется среди членов Московского городского научного общества терапевтов бесплатно

Адрес: Москва, 115446, Коломенский пр., 4, ГКБ № 7, Кафедра гематологии и гериатрии

Телефон (095)118-7474, e-mail: mtpndm@dol.ru www:zdrav.net

Отдел рекламы (495) 729-97-38

При перепечатке материала ссылка на Вестник МГНОТ обязательна. За рекламную информацию редакция ответственности не несет.