



ВЕСТНИК МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО

МОСКОВСКИЙ ДОКТОР

Сентябрь 2006

№ 17 (34)

НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ

Общероссийская общественная организация «Лига защитников пациентов» основана в 2000 году. Важнейшей задачей Лиги является распространение информации о правах пациентов, а сегодня — привитие системе здравоохранения принципа законности, поскольку законы у нас есть, и хорошие, но в медицине их невыполнение обходится весьма «болезненно» для пациентов и для государства. Лига распространяет свою деятельность на территории всей России, у нас целый ряд региональных отделений. За 6 лет мы прошли сложный путь. Когда мы начинали, не было толком ни стандартов, ни определений основных понятий («независимый медицинский эксперт», «независимая экспертиза», «вред (ущерб), нанесенный пациенту медперсоналом в результате нарушения медицинских стандартов и норм», «контроль (экспертиза) качества медицинской помощи» и др.).

Общества по защите прав потребителей не могут эффективно решить проблему защиты прав пациентов, поскольку действуют в рамках Закона РФ «О защите прав потребителей». Сфера влияния этого Закона распространяется лишь на платные услуги, оказываемые населению, и вся область «бесплатного здравоохранения» автоматически выпадает из рамок его действия, а значит, и из основных задач обществ по защите прав потребителей.

Сегодня защитой прав пациента в той или иной мере занимаются более 16 ведомств и видов организаций: это законодательная и исполнительная власть, фонды обязательного медицинского страхования, страховые медицинские организации, профессиональные медицинские ассоциации, профсоюзы, органы Росздравнадзора и Роспотребнадзора, общества защиты прав потребителей, Уполномоченный по правам человека в РФ, органы юстиции и прокуратуры и т. п. Имеется также малый ряд общественных организаций, деятельность которых является узкоспециализированной и направленной, в отличие от вышеперечисленных организаций, только на защиту прав пациентов. Нужно упомянуть также немногих энтузиастов, осуществляющих самостоятельную, как правило, юридическую практику в этой сфере. При всем множестве организаций, целостной системы мер, необходимого числа юристов, способных квалифицированно отстаивать пациента в суде с учетом медицинской специфики и эмоционального фона, просто не существует.

Пациент — одиночка, он предоставлен самому себе и годами может добиваться правды в разных коридорах власти, имея в противниках мощные государственные учреждения и бюрократические комплексы. Уже дважды от прокуроров мы слышали: «Я сама рожала в этом роддоме, мои дети будут здесь рожать, я не буду возбуждать уголовное дело!» В подобной ситуации говорить о том, что в России пациент может защитить свои права, несколько наивно. В частности, поэтому здравоохранение остается сегодня одной из самых закрытых систем.

Еще одна проблема — независимая экспертиза. В Москве, например, существует четыре государственных бюро, имеющих опыт производства судебно-медицинских экспертиз. Одно подчиняется Департаменту здравоохранения Москвы, другое Министерству здравоохранения Московской области, третье — Росздраву, четвертое Министерству обороны РФ. Ясно, что первые три входят в структуру Минздравсоцразвития, и по собственному опыту, не считая правовых нюансов, можно сказать, что их заключения далеки от объективных. И в самом деле, разве одно учреждение одного ведомства может быть объективным по отношению к такому же учреждению этого же ведомства, притом, что ведомство имуществом и политически заинтересовано в исходе дела? Именно поэтому в последнее время все чаще экспертизы проводятся в системе Министерства обороны РФ. Однако для пациентов такие экспертизы являются платными. Приходится констатировать, что для того, чтобы эффективно защитить свои права, нужно еще и платить. Впрочем, «бесплатный сыр бывает только в мышеловке».

Часто лицемерие в системе здравоохранения не знает предела. Взять, например, КЭК. Мы просто забросали прокуратуры письмами о том, что задачами КЭК, согласно положению о них, является защита медперсонала даже в суде. Зачем же прокуратуры направляют им материалы

дел для дачи заключения? О какой объективности таких заключений может идти речь? Вот только одна из фантастических по гениальности цитат из такого заключения: «Ухудшение состояния больной совпало по времени с проведением операции».

Несколько лет назад мы создали Аналитическое заявление «Реформа здравоохранения глазами пациента». Оно было разослано еще в 2001 году во все заинтересованные ведомства. Мы продолжаем его усовершенствовать, оно вывешено на нашем сайте <http://www.ligazp.org>, и периодически из уст чиновников от медицины и в новых законопроектах видим частички этого документа, — значит, как-то все это до них доходит. Мы не зря работаем.

ПРЯМАЯ РЕЧЬ

...российское общество в развитии ушло уже далеко вперед, только медицина пыталась и продолжает пытаться сохранить «советскую», административно-командную систему, утверждая, что она лучшая в мире, хотя абсолютно все показатели говорят об обратном.

ний с обществом и пациентом, но ведь это невозможно, — и общество, и пациент уже давно другие. Необходима комплексная система мер, включая реальные механизмы контроля, защищающие права граждан на медицинскую

помощь, которые и приводят к прозрачности здравоохранения.

Сейчас идут активные изменения. Зурабов отчетливо показал, что отсутствие денег в медицине — это миф, созданный, чтобы скрыть «утекающие» в отсутствие результатов от работы миллиарды. Деньги есть, и немалые, сейчас выделено еще больше, и потоки становятся прозрачнее. Большим нужно добиваться положенной им помощи. Я бы назвал, например, систему родовых сертификатов — «прокрустовым ложем» для акушерства, потому что пациентка, отдавая сертификат, понимает, что отдает реальные деньги, а тут у нее включается психология потребителя: дайте мне то, за что я заплатила, а если нет — в суд. Раньше ведь — с бесплатной медицины, — что возьмешь? Мало кто понимал, что не такая уже она и бесплатная и не такая уж и нищая. Сейчас обществу внушили — деньги в медицине есть, а это вызовет неизбежное повышение ответственности чиновников и врачей на всех уровнях, и мы это уже чувствуем.

Ненависть врачебного сообщества к Зурабову мне непонятна. Когда спрашиваю конкретно: «За что?», основной аргумент: «Не врач, ничего в медицине не понимает». Так ведь ему и не нужно в медицине понимать, может, и хорошо, что не понимает так, как понимают до сих пор многие в медицине, — он должен быть хорошим менеджером, а менеджером все эти годы и не хватало здравоохранению, не хватало и сейчас. Нынешний главный врач — это удельный князь, который уже добился в жизни всего, что можно, и нужны очень серьезные стимулы, чтобы он начал что-то менять. Это и есть наука менеджмента, которую прививает Зурабов, но как достучаться до всего врачебного сообщества? Боюсь, без власти здесь не обойтись.

А вообще, в Российской законодательстве многое прописано, только не выполняется. Мы разработали программу «Открытое здравоохранение» для медицинских и страховых организаций, частнопрактикующих врачей, их

корпоративных клиентов и пациентов. Создана она для профилактики конфликтов между всеми участниками рынка медицинских услуг, это новая идеология

Зурабов отчетливо показал, что отсутствие денег в медицине — это миф, созданный, чтобы скрыть «утекающие» в отсутствие результатов от работы миллиарды. Деньги есть, и немалые, сейчас выделено еще больше...

Пациент — одиночка, он предоставлен самому себе и годами может добиваться правды в разных коридорах власти, имея в противниках мощные государственные учреждения и бюрократические комплексы.

пациентов уже года три, а воз и ныне там. Почему говорим, хотя может показаться, что мы занимаемся очень прибыльным, потому что нужным делом. Нужным — да, прибыльным — нет, — потому что невозможно получить адекватные трудовые и нервозатраты за три года «пахоты» в суде. А что возьмешь с плачущей пенсионерки, потерявшей, как она считает, по вине врачей единственного сына? И таких большинство, поэтому эта проблема — государственная.

Вообще в последние годы здравоохранение стало стремительно развиваться. Не успеваем сайт обновлять, столько новых документов выходит. Когда я несколько лет назад услышал из уст одного эксперта, что здравоохранение выстояло только благодаря сохранению административной системы, я просто растерялся, не нашелся, что ответить. Во всем остальном российское общество в развитии ушло уже далеко вперед, только медицина пыталась и продолжает

пытаться сохранить «советскую», административно-командную систему, утверждая, что она лучшая в мире, хотя абсолютно все показатели говорят об обратном. А главное — она пытается сохранить прежнюю систему отноше-

Нам кажется рациональным создание «здоровоохранной» прокуратуры, — есть же у военных, у транспортников, у экологов своя (природоохранная). Ну не могут обычные прокуроры, занимающиеся убийствами и обычными в нашем понимании преступлениями, разобраться во всех медицинских тонкостях...

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ТАБЛИЦА ПРОЦЕНТОВ ВРАЧЕБНОГО «БРАКА» И ДЕНЕЖНЫХ ВЫПЛАТ В РОССИИ, СТРАНАХ ЕС И США



ИнтерНьюс

Нарушенный ответ частоты сердечных сокращений при пробе с физической нагрузкой является независимым предиктором сердечно-сосудистой смертности

Д-р Каи Савонен и его коллеги (Исследовательский Институт Спортивной Медицины, Куопио, Финляндия) обследовали репрезентативную выборку из 1378 мужчин 42—61 года, проживающих в Восточной Финляндии. Для этого региона характерна высокая сердечно-сосудистая смертность. Частота сердечных сокращений определялась в покое и во время пробы с физической нагрузкой (20, 40, 60, 80 и 100% от максимальной нагрузки). Ни у кого из участников исходно не было ИБС, никто не принимал бета-блокаторы. За среднее время наблюдения 11,4 года было зарегистрировано 56 сердечно-сосудистых смертей. Оказалось, что кривая нарастания ЧСС во время физической нагрузки у выживших была круче, чем у умерших за время наблюдения. Так, сердечно-сосудистая смертность была ниже на 26%, смертность от ИБС — ниже на 41%, и общая смертность — ниже на 25% при увеличении ЧСС на одно стандартное отклонение (13 уд/мин). Наиболее выраженными межгрупповыми различиями в наклоне кривой были при нагрузке 40—100% от максимальной. По данным мультивариационного анализа, ЧСС как непрерывная переменная была достоверно обратно связана со смертностью от всех сердечно-сосудистых заболеваний, ИБС и всех причин, после поправки на известные факторы риска. Таким образом, низкая ЧСС при нагрузке 40—100% от максимальной позволяет выявлять лиц с повышенным риском сердечно-сосудистой смерти, независимо от маркеров, выявляемых в покое или при максимальной нагрузке. По мнению авторов, это может объясняться нарушением симпатического ответа, индуцированной физической нагрузкой ишемией миокарда, парасимпатическим рефлексом, запускаемым механорецепторами стенки левого желудочка.

Источник:

Eur. Heart. J. 2006; 27: 582-8

Сочетание низких доз аспирина со статинами выгодно и клинически, и экономически при первичной профилактике ИБС у мужчин среднего возраста с 10-летним риском не ниже 10%

Исследователи из Университета Северной Каролины, во главе с д-ром Мишелем Пигноном, оценили эффективность терапии низкими дозами аспирина, статинами и сочетанием аспирина и статинов для популяции мужчин среднего возраста, без сердечно-сосудистой патологии в анамнезе и 10-летним риском ИБС от 2,5% до 25%. Для 45-летнего некурящего мужчины без гипертонии, с 10-летним риском ИБС 7,5% и выше, аспирин позволял сохранить больше лет жизни с учетом ее качества (QALY), по сравнению с отсутствием лечения (17,20 против 17,16), при меньших затратах (6694 доллара или 5574 евро против 6909 долларов или 5753 евро). Аспиринотерапия была менее эффективной, если риск желудочно-кишечных кровотечений превышал 4,9%, или годичный риск геморрагического инсульта был не ниже 45 на 100 000 (0,045%). Для сочетания аспирина и статинов стоимость каждого дополнительного года QALY достигала 56200 долларов (47796 евро) при риске ИБС 6,5%, и 33600 долларов (27978 евро) при риске ИБС 15%. Результаты анализа зависели от стоимости статинов: при стоимости годичной терапии статинами менее 633 долларов (527 евро) стоимость QALY была ниже 50000 долларов (41634 евро) для мужчин с 10-летним риском 7,5%. Таким образом, экономическая эффективность как монотерапии аспирином, так и комбинированной терапии статинами и аспирином повышалась при увеличении риска ИБС. Аспирин необходимо назначать мужчинам с 10-летним риском ИБС 7,5% и выше, аспирин и статины — мужчинам с риском выше 10%.

Источник:

Ann. Intern. Med. 2006

Начало на стр. 1 ➤

ентками (так сказал в суде). Среди опрошенных рожениц 48% недовольны качеством оказанной им медпомощи...

В России нет ни статистики, ни юридического термина «врачебная ошибка». Все данные о смертности в клиниках закрыты. Данные по смертности в роддомах у Департамента здравоохранения г. Москвы выбиваем давно и упорно, по некоторым получили, опубликовали на сайте www.lulka.com, там же и рейтинг роддомов по опросам пациенток, посетивших сайт. Женщины в России боятся рожать, нам пришлось в прошлом году даже книжку выпустить «Справочник беременной: Как безопасно родить в России».

А как Вам решетки на окнах в учреждениях отнюдь не дисциплинарного характера, а в роддомах? Когда я спросил у одного из главврачей: «Зачем?», он ответил: «Чтоб больные не убежали». А невозможность видаться в роддомах родственникам с роженицами, родильницами, новорожденными? Ведь рассказ о внутрибольничных инфекциях администрации клиники — это сказка для непосвященных. Чтоб родственники не увидели безобразий, которые творятся в клиниках, чтоб больные лишней раз не пожаловались и т. д.

Врачи считают себя небожителями, некоей кастой неприкасаемых, а медицину называют искусством. Современная медицина — это не искусство, а технология. И если врач отходит от нее, он должен уметь объяснить в суде, для чего он это сделал. Врачи не хотят признавать, что их работа — это выполнение алгоритмов (стандартов). Мне часто приходится представлять в суде интересы пациентов. И то, что говорят в свою защиту врачи, нередко выглядит полным бредом... Медицина — это сфера услуг, пациенты — это потребители услуг, и отношения должны быть соответствующие. Академики еще несколько лет назад про доказательную медицину не слышали, стандарты отрицали, а мы требуем этого от простых врачей... А что делать?

Самое ужасное из того, что происходит сейчас, — это даже не некачественность врачей, а вымогательство денег, до последнего, влекущее утяжеление состояния пациентов (во время поиска денег) и их гибель. Талантливый мальчик, художник, многократный лауреат премии Золотая кисть России, погиб в 25 лет, не дождавшись операции по поводу порока сердца, хотя и квота Минздравом была выделена... Одно такое дело было выиграно — женщине, чтоб получить лечение, которое, естественно, должно было быть проведено в рамках ОМС, пришлось продать все, даже корову-кормилицу, чтоб заплатить за операцию. Вернули ей деньги.

Обращений в суд по прежнему немного, т. к. пациенты не верят в справедливость в нашей стране, особенно в медицине, — тем более, как судиться с больницей, в которой лечится вся семья? Ежегодно по данным Федерального фонда ОМС идет 800 дел. На сегодня в Москве 8—10 юристов, кто имеет хоть какой-то опыт в делах такого рода. Но обычно, один раз с этим столкнувшись, эти дела за версту обходят стороной. Зачастую в медицине — круговая порука. Эксперты-медики нередко выносят заключения, «оправдывающие» врачей. В Москве сумма материального ущерба, выплачиваемого за халатность врачей, не превышает 5 тыс. рублей. Штраф взыскивается не с врача, а с медучреждения. В США адвокаты, занимающиеся медицинскими делами, берут самые большие гонорары. Это и понятно, похожих дел в медицине не бывает, каждый раз приходится в новую медицинскую проблему вникать. По статистике, в Италии от врачебных ошибок умирают от 14 до 50 тыс. человек в год. В США — до 100 тыс. Сумма страховки, которую могут получить родственники умерших и пострадавшие от медиков в США, достигает 140 тыс. долларов. За три незначительные ошибки врач навсегда может лишиться лицензии.

Женщины в России боятся рожать, нам пришлось в прошлом году даже книжку выпустить «Справочник беременной: Как безопасно родить в России».

Самое ужасное из того, что происходит сейчас, — это даже не некачественность врачей, а вымогательство денег, до последнего, влекущее утяжеление состояния пациентов (во время поиска денег) и их гибель.

Я не сомневаюсь, что врачам нелегко. Для меня странно, что врачам не оказывается психологическая помощь, реабилитация. Ведь, к примеру, хирурги делают по сути то, что человеку «запрещено» — нарушают целостность чужого человеческого организма, изо дня в день. Поэтому и пьют хирурги и умирают рано, ведь можно только догадываться, чего это стоит их психике, особенно когда работают сутки после обычного рабочего дня. Не приведи Господь попасть к такому хирургу к концу вторых суток, когда он только благодаря кофе и сигаретам на ногах стоит. Мы вот врачам лекции читаем, врач сегодня должен быть универсальным специалистом, кроме того, что асом в своей специальности, должен еще в юриспруденции разбираться, в экономике, в управлении. Проводим семинары: «Права пациента — врач». К сожалению или к счастью, волну публикаций и программ СМИ о медицине и ее проблемах подняли в том числе и мы. Мы не хотели дискредитировать медицину, мы хотели, чтоб о проблеме перестали молчать, а врачи чтобы поняли, что «пропальвание» их рядов с выдворением худших из них — и в их интересах. Хороший врач в суд не попадет, хотя бы потому, что у него хватит мужества извиниться перед пострадавшим, — ведь к нам приходят часто люди не только с проблемой, но с обидой: как могли так цинично обойтись со мной — ведь это же врачи?

С общественными организациями пациентов мы взаимодействуем постольку-постольку. У них другие цели, им нужно добиваться получения препаратов, там все достаточно понятно. Конечно, консультируем, если у них возникают вопросы. Одна такая организация хотела при нас создаться, но мы порекомендовали им сначала обсудить отношение к этому профильного института, им ведь придется с ними тесно взаимодействовать. И оказались правы — институт сказал категорическое «нет». У нас ведь репутация скандальная, мы ради помощи конкретному пострадавшему пациенту со многими отношения испортили. Но такая у нас работа, ничего тут не поделаешь. Нами Департамент здравоохранения «пугает» непослушные клиники: влудит Лига узнает, если тут то-то и то-то выполнять не будут. Не сказать, что нам нравится такая репутация, но важен ведь результат — в смысле улучшения качества медицинской помощи (здесь наши цели с Департаментом совпадают), и хорошо, если это кому-то спасает жизнь, а такие факты у нас есть. Пусть будет такая репутация, хотя по натуре я человек совершенно не конфликтный (мне бы сидеть да романы писать) и конструктивный, если другая сторона готова конструировать. Печально, что до другой стороны трудно достучаться, приходится иногда очень громко вопить, чтобы услышали.

Сейчас много обращений по БАДам, боремся, как можем. Грамотным должен быть не только врач, но и пациент. С пациентом, который пассивен или не может четко сформулировать своих пожеланий и требований, никто не будет считаться, к нему будут относиться как к набору больных органов.

К сожалению, на месте пациента нередко оказывается и врач. И очутившись по другую сторону «баррикады», многое начинает воспринимать иначе. Кстати, целый ряд серьезных исков, которые мы ведем, поданы врачами против своих коллег, и ряд уже выигран. Наверно, это потому, что врачи лучше знают, как у них внутри там все устроено.

На сайте www.ligazp.org приведены основополагающие документы, в которых оговариваются права пациента, ссылаясь на цитаты из них, практически всегда можно добиться правильного отношения к себе в учреждениях здравоохранения. Тут же образцы жалоб, заявлений, претензий, алгоритм действий в процессе поиска правды для недовольного лечением пациента. Обращайтесь к нам. Будем решать Ваши проблемы вместе!

КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ

(оценка, выбор медицинских технологий управление качеством медицинской помощи)

**Под редакцией профессора П.А. Воробьева
Издательство «Ньюдиамед»**

**Новое направление в медицине приобретает все больше сторонников.
Книга уже произвела огромный общественный резонанс.**

Как правильно считать деньги, всегда ли дешевое — дешево, а дорогое — дорого, что такое соотношение затраты/эффективность, как правильно составить формуляр больницы, как рационально подобрать лекарство больному, что такое фармакоэкономика и формулярная система — ответы на эти вопросы найдете в книге.

Монография — размышления о качестве медицинской помощи, современном состоянии здравоохранения, рациональных путях развития.

Книга адресована практическим врачам, главным врачам, начмедам, клиническим фармакологам, членам формулярных комиссий.

МНОГОЛИКАЯ ГЕМОФИЛИЯ

Ю.Н. Андреев

Издательство Ньюдиамед

2006 г.

Книга написана профессором Ю.Н. Андреевым — человеком, всю свою жизнь посвятившим спасению больных с нарушениями свертывания крови, большая часть из которых — дети. Он создал целую школу по подготовке специалистов для лечения пациентов с гемофилией. Впервые в стране начал выполнять эндопротезирование суставов у этих больных. Своим богатым опытом Юрий Николаевич делится на страницах книги. Принципам современного лечения и профилактики осложнений гемофилии предшествуют история «царской болезни», особенности наследования ее. Теоретическая часть сопровождается большим количеством фотографий.

Книга написана живым литературным языком. Интересна для врачей многих специальностей.



Программа заседаний МГНОТ на май-июнь 2006 г.

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

Дата, автор	Тема, аннотация
27 сентября 2006 года, среда в 17.00	Заседание Правления и Ревизионная комиссия
27 сентября 2006 года, среда в 17.30 Проф. Р.М. ЗАСЛАВСКАЯ, д.м.н. Г.В.ЛИЛИЦА, к.б.н. Е.В.КАЛИНИНА (ГКБ № 60, Москва). Фиксированные выступления в прениях: проф. И.А. КОМИССАРОВА.	Сравнительная эффективность антиоксидантов различных фармакологических групп у больных постинфарктным кардиосклерозом с сердечной недостаточностью. Обсуждаются новые подходы к терапии ИБС: постинфарктного кардиосклероза и сердечной недостаточности, учитывающие большую роль в нарушении метаболизма миокарда активизации перекисного окисления липидов, угнетения антиоксидантной защиты с развитием окислительного стресса. Показана сравнительная эффективность антиоксидантной активности ряда препаратов различных фармакологических групп (комплекса заменимых кислот, нейропептида эпифиза мелатонина, кардиопротектора предуктала МВ, эмоксилина). Разработан алгоритм применения изученных препаратов в отношении стенокардии, сердечной недостаточности, окислительного стресса.
11 октября 2006 года, среда в 17.00	Заседание Правления и Ревизионная комиссия
11 октября 2006 года, среда в 17.30 1. К.м.н. Н.В. ЦВЕТАЕВА, О.Ф. НИКУЛИНА, к.б.н. Е.С. ШУРХИНА, к.б.н. А.А. ЛЕВИНА, к.б.н. М.Г. ДМИТРИЕВА, к.м.н. О.А. ДЯГИЛЕВА, к.м.н. Н.Ш. САГДИЕВА, проф. Я.Д. САХИБОВ, к.м.н. С.В. КОЛОДЕЙ, д.м.н. Л.М. МЕЩЕРЯКОВА, проф. Н.Д. ХОРОШКО (ГУ ГНЦ РАМН). 2. О.Ф. НИКУЛИНА. Клиническая демонстрация. Доктор мед. наук Н.А. Новикова (ММА им. И.М. Сеченова) З.В. Архангельская (ММА им. И.М. Сеченова).	Проблемы диагностики и лечения анемий. Обсуждаются причины ошибок диагностики основных форм анемий, новые возможности лечения аутоиммунной гемолитической анемии (АИГА).
25 октября 2006 года, среда в 17.30 1. Проф. Н.А. ТОМИЛИНА, к.м.н. Е.Г. КИМ, проф. Г.Е. ГЕНДЛИН, проф. В.В. ЧЕСТУХИН, д.м.н. Б.Л. МИРОНКОВ, проф. Е.Н. ОСТРОУМОВ, С.В. БАДОЕВА, Д.А. ЖИДКОВА (НИИ трансплантологии Россздрава, РГМУ).	Хроническая болезнь почек и сердечно-сосудистые заболевания. Хроническая болезнь почек рассматривается как фактор риска ускоренного развития кардиоваскулярной патологии, которая существенно увеличивается при умеренном снижении функции почек и далее значительно возрастает по мере прогрессирования почечной недостаточности, достигая максимума на стадии заместительной почечной терапии. Как следствие, кардиоваскулярная летальность больных ХПН многократно превышает таковую в общей популяции. В докладе рассматриваются факторы риска, патофизиологические механизмы, подходы к профилактике и лечению двух основных вариантов кардиоваскулярной патологии при ХПН: гипертрофии миокарда левого желудочка и ИБС. Опыт хирургического лечения ИБС после трансплантации почки (клиническая демонстрация).
Секционные заседания	
Секция клинической геронтологии и гериатрии в конференц-зале МГКБ № 60 (шоссе Энтузиастов, 84/1, корпус 1, 2 этаж)	
26 октября 2006 года, четверг в 15.00 Проф. С.Р. ГИЛЯРЕВСКИЙ.	Применение статинов у лиц пожилого возраста.
Секция профилактической медицины и профессиональных болезней В конференц-зале клиники нефрологии, внутренних и профессиональных болезней им. Е.М. Тареева, ул. Россолимо, 11-а	
19 октября 2006 года, среда в 16.30 Г.К. БАРАШКОВ.	Микроэлементы в терапевтической практике: к методологии лабораторного контроля, клинической интерпретации и лечебно-профилактических мероприятий.
Секция неотложной терапии. Расширенное заседание МГНОТ с участием врачей скорой помощи. В большом конференц-зале клинико-хирургического корпуса НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского (Сухаревская пл., 3, вход с Грохольского пер.)	
24 октября 2006 года, вторник в 16.00 Председатель: академик РАМН А.П. ГОЛИКОВ. 1. Доцент В.Ю. ПОЛУМИСКОВ.	Фитопротектор мексикор при лечении ишемической болезни сердца

В дни секционных заседаний председатели секций и другие ведущие специалисты проводят консультации для врачей по интересующим их вопросам.

Правление МГНОТ

Теперь Программа заседаний МГНОТ вывешивается на сайте <http://www.zdrav.net>

Диагностика и лечение пневмоний у больных пожилого и старческого возраста не теряют своей актуальности. Частота пневмоний у лиц пенсионного возраста в г. Москве в два раза выше, чем в популяции трудоспособного населения. По данным зарубежных исследователей многих стран (США, Великобритания, ЕС), летальность при пневмониях у лиц старше 65 лет обычно в 8–10 раз превышает средние показатели по стране.

Диагностика пневмоний у лиц старше 60 лет нередко сложна. На догоспитальном этапе частота диагностических ошибок вдвое выше, чем в других возрастных группах. Ошибочно пневмония диагностируется (гипердиагностика)



ПНЕВМОНИИ У ЛИЦ СТАРШЕ 60 ЛЕТ

Проф. В.Е. Ноников

Мнение И.В. Давыдовского, что пневмония играет ведущую роль в танатогенезе геронтологической популяции, подтверждается и в наше время. Анализ 975 аутопсий показал, что у трети умерших от сердечно-сосудистых заболеваний, новообразований, почечной недостаточности в терминальном периоде развиваются пневмонии.

вдвое чаще, чем когда выставляется внелегочный диагноз у большой пневмонией. Объективно это обусловлено полиморбидностью, свойственной пожилому возрасту. Немалую роль играет и субъективная ориентация врача на признак,

Продолжение на стр. 8

ИнтерНьюс

Во всем мире растет уровень стресса. Результаты последних исследований свидетельствуют: в среднем больше половины руководителей переживали в 2005 году на работе больший стресс, чем в 2004-ом. Максимальное давление испытывают владельцы бизнеса из азиатских стран с быстрорастущей экономикой. К таким выводам пришли эксперты консалтинговой компании Grant Thornton, опубликовавшей отчет по своему исследованию International Business Owners Survey (IBOS), в котором приняли участие более 7 тысяч лидеров бизнеса из 30 стран мира. На первом месте в списке стран с самым высоким уровнем стресса оказался Тайвань, где 89% бизнес-лидеров сообщили, что по сравнению с предыдущим годом уровень переживаемого ими стресса увеличился. Следом идут Китай и Филиппины, где аналогичные показатели составили соответственно 87 и 76%. Гонконг, Сингапур и Малайзия заняли соответственно с 5-й по 7-ю позиции. Единственная неазиатская страна в семерке лидеров этого списка — Ботсвана — попала на четвертое место. Россия заняла 12-ю строку с показателем 60%, по соседству с Японией (60%) и Мексикой (58%). Самой «спокойной» страной для владельцев бизнеса признана Швеция. Там лишь 24% лидеров признали, что испытали в 2005 году больший стресс по сравнению с предыдущим годом. За Швецией с большим отрывом идут Италия (40%), Испания (42%), Франция (42%), Великобритания (43%) и Канада (45%). Страны с высокой положительной динамикой стресса в 2004—2005 годах: Тайвань — 89%, Китай — 87%, Филиппины — 76%, Ботсвана — 74%, Гонконг — 69%. Страны с низкой динамикой стресса в 2004—2005 годах: Швеция — 24%, Италия — 40%, Испания — 42%, Великобритания — 43%, Канада — 45%. В среднем, по всему миру 57% бизнес-руководителей в 2005 году столкнулись с более сильным стрессом. Для сравнения: в 2004 году — 39%. Менее 6% респондентов сообщили, что уровень переживаемого ими стресса имеет тенденцию к снижению. Исследователи предположили: уровень стресса может быть связан с количеством отпускных дней в году. Оказалось, что больше всего отдыхают лидеры французского (27 дней), голландского (25 дней), а также шведского и британского (22 дня) бизнеса. Российские владельцы бизнеса отдыхают в среднем 17 дней в году. Средний показатель по Европе составил 22 дня. Меньше всего отдыхают бизнесмены из Таиланда (4 дня в году) и Тайваня (8 дней). Бизнес-лидеры из Малайзии и Турции отдыхают в среднем по 10 дней в году, а представители Сингапура, Гонконга, Китая и Ботсваны — по 11 дней. Средний отпуск азиатских бизнесменов составил 12 дней.

Источник:
www.professia.info

За год в больницах Великобритании было зафиксировано 300 нападений пациентов на врачей

Эксперимент по наказанию пациентов начался в Университетском госпитале Бирмингема. Хамство и нецензурные слова в адрес работников больниц будут караться предупреждением и желтой карточкой на карте пациента. Когда медсестра увидит на больничной карте желтый стикер, она будет относиться к нему с большей осторожностью.

Красную карточку получают «рецидивисты» и пациенты, напавшие на врачей: такой человек будет «лишен права на лечение». Ему также будет отказано в приеме в случае повторного обращения. Только непонятно, как быть в таком случае с «неоказанием помощи»?

Источник:
Mednovosti.ru

ИнтерНьюс

Нарушения функции щитовидной железы не влияют на сердечно-сосудистую заболеваемость

Имеются сообщения, что субклинический гипотиреоз является независимым фактором риска сердечно-сосудистой заболеваемости. Однако, несмотря на то, что нарушения функции щитовидной железы могут вызывать изменения уровня холестерина, частоты и ритма сердечных сокращений, сократительной функции миокарда, взаимосвязь между тиреоидной дисфункцией и основными сердечно-сосудистыми событиями остается неясной.

Американские ученые проследили связь между исходным гормональным тиреоидным статусом и последующими сердечно-сосудистыми событиями на большой когорте пожилых участников Исследования Сердечно-сосудистого Здоровья (Cardiovascular Health Study, CHS), в которое в 1989—90 гг. был включен 5201 участник в возрасте 65 лет и в 1992—93 гг. дополнительно еще 687 человек. Участники, принимающие тиреоидные гормоны ($n = 339$) или препараты, способные нарушить тиреоидный статус ($n = 78$), были исключены.

Сердечно-сосудистая заболеваемость (мерцательная аритмия, проявления коронарной болезни сердца — стенокардия, инфаркт миокарда, коронарная реваскуляризация, цереброваскулярная болезнь, общая и сердечно-сосудистая смертность) была прослежена до 2002 г. Длительность наблюдения в среднем составила 12,5 лет. При включении в исследование 82% участников имели эутиреоз, 15% — скрытый гипотиреоз, 1,6% — явный гипотиреоз и 1,5% — скрытый гипертиреоз. Средний возраст когорты составил 72,7 года и между группами не различался. Однако среди лиц со скрытым гипотиреозом было больше женщин. При скрытом гипертиреозе отмечены больший индекс массы тела, меньшее содержание общего холестерина и холестерина липопротеидов низкой плотности. Уровни этих липидов при скрытом гипотиреозе не отличались от таковых при эутиреозе, но были достоверно выше при явном гипотиреозе. Кроме того, исходных различий в частоте фибрилляции предсердий, коронарной болезни сердца, цереброваскулярной и субклинической сердечно-сосудистой патологии между группами не отмечено.

За время наблюдения 7 участников со скрытым гипертиреозом, 91 — с эутиреозом, 142 — со скрытым и 31 — с явным гипотиреозом начали принимать тиреоидные гормоны, что было учтено в многофакторном анализе. После исключения лиц с предшествующей фибрилляцией предсердий наличие скрытого гипотиреоза было связано с почти 2-кратным риском возникновения мерцательной аритмии в течение 13 лет в сравнении с эутиреозом. Однако различий в частоте коронарной болезни сердца, цереброваскулярных событий, сердечно-сосудистой и общей смертности между группами эутиреоза, скрытого и явного гипотиреоза, субклинического гипертиреоза не получено. Обнаружена независимая связь между скрытым гипертиреозом и последующим развитием фибрилляции предсердий. Однако полученные данные не подтверждают предположение о том, что скрытая дисфункция щитовидной железы (гипер- или гипотиреоз) повышают риск сердечно-сосудистой патологии, сердечно-сосудистой или общей смертности.

Авторы полагают, что результаты исследования согласуются с существующими рекомендациями о необходимости терапии у лиц со сниженным ТТГ уже на уровне 0,1—0,44 мЕ/л.

Полученные данные не позволяют рекомендовать скрининг скрытой тиреоидной дисфункции у лиц пожилого возраста. Более того, несмотря на популяционный характер исследования, его результаты не поддерживают терапию скрытого гипотиреоза для профилактики сердечно-сосудистых заболеваний.

Источник:

JAMA. Mar. 1, 2006; 295: 1033-1041

ПРОТОКОЛ ПЛЕНАРНОГО ЗАСЕДАНИЯ МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ

от 25.02.2004 г.

Председатель: академик А.И. Воробьев

Секретарь: к.м.н. Е.Н. Кочина

Повестка дня: Проф. Д.Г. Иоселиани (НПЦ интервенционной кардиологии Департамента здравоохранения г. Москвы). **Современные принципы лечения острого инфаркта миокарда.**

Высокая летальность больных с острым инфарктом миокарда является поводом для постоянного поиска более эффективных методов диагностики и лечения этого заболевания. За последние 15 лет произошли существенные положительные сдвиги в этом направлении. Наряду со значительным расширением возможностей выбора фармакологических средств, включающих инфузионную терапию нитратами, применение кардиоселективных бета-адреноблокаторов, тромболитиков, дезагрегантов, АПФ-ингибиторов, в клинической практике получили достаточно широкое признание эндоваскулярные и хирургические методы восстановления кровотока в коронарных артериях. К таким методам относятся внутрикороновый (селективный) тромболитик, ангиопластика и стентирование коронарных артерий, аорто-коронарное шунтирование, позволяющие в большинстве случаев успешно восстанавливать кровоток в артерии, снабжающей инфарктированную область миокарда, что, по мнению большинства ученых, является важным условием благоприятного клинического течения заболевания. В совокупности все вышеназванные мероприятия позволили в значительной степени снизить летальность от острого инфаркта миокарда во многих развитых странах мира.

Подобные тенденции наблюдаются и в некоторых клиниках России. По данным статистической отчетности московских городских больниц, ведущих круглосуточный прием кардиологических больных в неотложных состояниях, госпитальная летальность при инфаркте миокарда колеблется в диапазоне от 3,5 до 18,3% и составляет в среднем 12,8%. При этом самые минимальные показатели — 3,5% — у Московского научно-практического центра интервенционной кардиологии. Результаты его работы вполне сопоставимы с лучшими мировыми достижениями: например, в США, признанном лидере в лечении инфаркта миокарда, госпитальная летальность от этого заболевания по последним данным составляет 4—5%.

Вопросы докладчику:

Вопрос (Т.В. Шишкова): Изучали ли вы отдаленные последствия ваших хирургических вмешательств, была ли разница между больными с Q-инфарктами и не Q-инфарктами?

Ответ: Если говорить о рецидивах в общей популяции больных, то их доля больше у больных с Q-инфарктами. У больных, которым был восстановлен кровоток путем наших вмешательств, процент повторных инфарктов крайне низок. Но отдаленные результаты лечения (5—10 лет) статистически мы еще не обработали;

Вопрос (академик А.И. Воробьев): У Вас АКШ делают?

Ответ: Да, у нас уникальная французско-русская группа хирургов;

Вопрос: Есть у вас молодые пациенты?

Ответ: Значительного омоложения контингента за последние годы нет. Что касается личной практики, я делал ангиопластику пациенту с острым инфарктом в возрасте 21 год. У него была резко сужена передняя межжелудочковая артерия, но не из-за атеросклероза. Это очень редко, основная масса — пациенты после 40 лет;

Вопрос (проф. Е.А. Лукина): В вашем докладе одной из причин инфаркта миокарда стоит нарушение свертываемости крови. Что имеется в виду?

Ответ: Тромбозы на месте атеросклеротической бляшки;

Вопрос (проф. Е.А. Лукина): Есть ли особенности обследования и ведения молодых пациентов, у которых Вы видели тромбоз?

Ответ: У нас нет возможности выявить все причины тромбогенности у таких больных;

Вопрос (академик А.И. Воробьев): Просьба остановиться подробнее на догоспитальном тромболитизисе.

Ответ: Мы провели на догоспитальном этапе (бригада СМП) тромболитизис 50—60 больным с острым инфарктом миокарда, около 35 случаев применения Активлизе: в 70% при коронарографии, выполненной в момент поступления пациента в наш стационар, кровотока открыт. Зафиксированы реперфузионные нарушения ритма, в том числе несколько случаев фибрилляции желудочков;

Вопрос (Н.Е. Шкловский-Корди): Какая летальность после ангиопластики?

Ответ: В последние 3 года около 4%;

Вопрос: Применяете ли вы реополиглукин?

Ответ: Да, все больные получали реополиглукин (так принято);

Вопрос: Вы проводите вмешательства только на коронарных сосудах?

Ответ: Нет, на почечных сосудах тоже, что в техническом плане проще;

Вопрос: Признаете ли вы существование безболевого формы острой коронарной недостаточности?

ПРОТОКОЛЫ МГНОТ

Ответ: Да, и хорошо выявляется при суточном ЭКГ мониторинговании;

Вопрос: Сократились ли сроки госпитализации больных с острым коронарным синдромом за последние годы по Москве?

Ответ: Длительное пребывание больного заложено в стандартах лечения, но, конечно, уже не месяц. У нас в клинике в среднем 10 дней при неосложненном течении острого инфаркта миокарда.

Вопрос (академик А.И. Воробьев): Раньше трансмуральным называли QS-инфаркт, изменилась ли терминология сейчас?

Ответ: Нет.

Дискуссия:

Проф. В.Б. Яковлев: Я — инициатор этого доклада. Цель его — донести до слушателей, что в Москве есть городские стационары, где летальность при остром инфаркте миокарда гораздо ниже, чем по городу в целом, что связано с возможностью первичной ангиопластики у коронарного больного. Давно не было докладов, где автор излагает авторский взгляд на проблему. Можно спорить с докладчиком по поводу бета-блокаторов при инфаркте миокарда, в отношении гепарина и его влияния на исходы крупноочагового инфаркта миокарда. Но докладчик излагает свой собственный материал, его собственную позицию. Хорошо, что в Москве еще есть система оказания помощи с реабилитационным этапом. Мы сплошь и рядом видим, когда пациентов выписывают из стационаров без реабилитационных рекомендаций. Мне приходится видеть больных, которые с восхищением говорят об отношении к больным в этом центре. Огромное спасибо за доклад;

К. м. н. Т.В. Шишкова: Успешное лечение инфаркта миокарда — огромное достижение медицины. Спасенные

жизни, сохраненная работоспособность больных — неоспоримые тому доказательства. Однако есть и нерешенные проблемы. На операционный стол нередко попадают не коронарные больные. Хочу привести реальный клинический пример, описанный в моей книге «Записки участкового врача». Больная Б., 52 лет выписана из 15-й больницы с диагнозом «Не Q-инфаркт», на ЭКГ — глубокий до 1,5 см отрицательный равнобедренный зубец «Т» во всех отведениях, кроме III, AVF. Настоящий диагноз: «Климактерическая кардиопатия», т. к. у больной помимо кардиалгического синдрома были клинические признаки климактерического периода. Биохимические показатели в норме. Эхо-КГ — полости сердца не расширены, сократимость нормальная. Эти признаки позволяют полностью отвергнуть диагноз «острый инфаркт миокарда». Кроме того, больной сказано о неблагоприятном прогнозе и при выписке даны рекомендации по ограничению физических нагрузок, установлению группы инвалидности.

Завершая выступление, призываю врачей помнить клинические характеристики некоронарогенных кардиалгических синдромов, обратить внимание на изменения сегмента ST, а не только на отрицательные зубцы «Т», которые в остром периоде инфаркта миокарда появляются позже, биохимические изменения.

Академик РАН и РАМН А.И. Воробьев: Необходимо поставить такую тему на обществе. Инфаркт миокарда документируется клиникой стенокардии, биохимическими показателями распада мышцы сердца. Если этого нет, а на кардиограмме стабильные в течение 2—3 недель и более нарушения, то это не инфаркт. Т-инфаркт должен быть биохимически верифицирован. Я считал, что после работы Д.Д. Нечаева, В.Г. Попова, И.В. Мартынова этот вопрос закрыт. Они проверяли не только перфузию сердца радиоактивным таллием, доказывая, есть или нет некроз. Безобразно, когда диагноз «инфаркт миокарда» шьют больному с болями в сердце и отрицательными зубцами «Т» на кардиограмме и для опровержения требуют проведения коронарографии.

Заключение: Владимир Борисович точно сказал, что это рубежный доклад. Мы слушали оригинальный (свой) материал докладчика. Нельзя докладывать зарубежный литературный материал. Цифра смертности в 4% перекрывает все. Но не будет стентов, цифры будут другими. В известной мере это был доклад главного кардиолога. Хотелось бы услышать этот доклад и в другом изложении. Антикоагулянтная терапия в течение последних 50 лет при инфаркте миокарда принципиально не изменилась. Гепарин+аспирин, плавикс. У нас может быть повышенное тромбообразование по плазменному пути и из-за гиперагрегабельности тромбоцитов. Откуда у молодой женщины инфаркт? Это — «гиперкоагулянт», генетически предрасположенные к тромбозам. Там гепарин пойдет.

Здесь вскользь упомянут вопрос о перинфарктной зоне. Есть инфаркты, которые дают повторные рецидивы (оценивается по зубцу Т). Пока ты не выведешь больного из гиперкоагуляции и не справишься с мелкими повторными некрозами в перинфарктной зоне, успеха не будет. ЭКГ не может характеризовать рубцевание. И.М. Сеченов говорил: «Сухая жила тока не дает». Снижение ST происходит за счет гипертрофии оставшихся волокон миокарда. В стране были санатории для больных, перенесших инфаркт миокарда. Санаторный этап — постепенная гипертрофия волокон перинфарктной зоны, восстановление коллатерального кровотока. Позвольте поблагодарить за великолепно сделанный доклад и сделать заявку на дальнейшие встречи.



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

Министерства 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., Каторина 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 — обобщать свои мнения доказательствами эффективности, а не ссылками на «общеупотребительность» или «так принято».

СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ АРТРОЗАМИ

1. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА

Категория возрастная: взрослые, дети

Нозологическая форма: артрозы

Код по МКБ-10: M5-M9

Фаза: любая (обострение и ремиссия)

Осложнение: вне зависимости от осложнений

Условие оказания: амбулаторно-поликлиническая помощь

Приложение
к приказу Министерства
здравоохранения и социального развития
Российской Федерации
от 11 февраля 2005 г. № 123

1.1. 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
A02.01.001	Измерение массы тела	1	1
A02.03.005	Измерение роста	1	1
A01.31.012	Аускультация общетерапевтическая	1	1
A01.31.011	Пальпация общетерапевтическая	1	1
A01.31.016	Перкуссия общетерапевтическая	1	1
A01.04.002	Визуальное исследование суставов	1	1
A02.04.002	Измерение объема сустава	1	1
A02.04.003	Измерение подвижности сустава (углометрия)	1	1
A02.09.001	Измерение частоты дыхания	1	1
A02.12.001	Исследование пульса	1	1
A02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	1
A02.31.001	Термометрия общая	1	1
A11.05.001	Взятие крови из пальца	1	1
A11.12.009	Взятие крови из периферической вены	1	1
A09.05.003	Исследование уровня общего гемоглобина в крови	1	1
A08.05.004	Исследование уровня лейкоцитов в крови	1	1
A12.05.001	Исследование оседания эритроцитов	1	1
A08.05.003	Исследование уровня эритроцитов в крови	1	1
A08.05.006	Соотношение лейкоцитов в крови (подсчет формулы крови)	1	1
A09.05.009	Исследование уровня С-реактивного белка в крови	1	1
A06.04.016	Рентгенография бедренного сустава	0,1	1
A06.04.006	Рентгенография коленного сустава	0,1	1
A06.03.038	Рентгенография кисти руки	0,5	1
A06.03.052	Рентгенография стопы	0,5	1
A09.05.019	Исследование уровня креатинина в крови	0,1	1
A09.05.041	Исследование уровня аспартат-трансаминазы в крови	0,5	1
A09.05.042	Исследование уровня аланин-трансаминазы в крови	0,5	1
A09.28.001	Микроскопическое исследование осадка мочи	1	1
A09.28.003	Определение белка в моче	1	1
A09.28.017	Определение концентрации водородных ионов мочи (рН мочи)	1	1
A09.28.023	Определение удельного веса (относительной плотности) мочи	1	1

1.2. ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА 6 МЕСЯЦЕВ

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.31.009	Сбор анамнеза и жалоб общетерапевтический	1	1
A01.31.010	Визуальный осмотр общетерапевтический	1	1
A01.31.012	Аускультация общетерапевтическая	1	1
A01.31.011	Пальпация общетерапевтическая	1	1
A01.31.016	Перкуссия общетерапевтическая	1	1
A02.09.001	Измерение частоты дыхания	1	1
A02.12.001	Исследование пульса	1	1
A02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	1
A02.31.001	Термометрия общая	1	1
A11.05.001	Взятие крови из пальца	1	1
A11.12.009	Взятие крови из периферической вены	1	1
A09.05.003	Исследование уровня общего гемоглобина в крови	1	1
A08.05.004	Исследование уровня лейкоцитов в крови	1	1
A12.05.001	Исследование оседания эритроцитов	1	1
A08.05.003	Исследование уровня эритроцитов в крови	1	1
A08.05.005	Исследование уровня тромбоцитов в крови	1	1
A08.05.006	Соотношение лейкоцитов в крови (подсчет формулы крови)	1	1
A04.10.002	Эхокардиография	0,1	1
A06.04.016	Рентгенография бедренного сустава	0,1	1
A06.04.006	Рентгенография коленного сустава	0,1	1

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A09.05.019	Исследование уровня креатинина в крови	0,1	1
A09.05.041	Исследование уровня аспартат-трансаминазы в крови	0,1	1
A09.05.042	Исследование уровня аланин-трансаминазы в крови	0,1	1
A09.05.026	Исследование уровня холестерина в крови	0,1	1
A09.28.001	Микроскопическое исследование осадка мочи	0,1	1
A09.28.003	Определение белка в моче	0,1	1
A09.28.017	Определение концентрации водородных ионов мочи (pH мочи)	0,1	1
A09.28.023	Определение удельного веса (относительной плотности) мочи	0,1	1
A03.16.001	Эзофагогастродуоденоскопия	0,2	1

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД**	ЭКД***
Анальгетики, нестероидные противовоспалительные препараты, средства для лечения ревматических заболеваний и подагры			0,9		
	<i>Ненаркотические анальгетики и нестероидные противовоспалительные средства</i>		1		
		Диклофенак	0,5	50 мг	9000 мг
		Ибупрофен	0,5	1200 мг	72000 мг
Гормоны и средства, влияющие на эндокринную систему			0,5		
	<i>Неполовые гормоны, синтетические субстанции и антигормоны</i>		1		
		Метилпреднизолон	1	40 мг	120 мг

* — анатомо-терапевтическо-химическая классификация.

** — ориентировочная дневная доза.

*** — эквивалентная курсовая доза.

СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ БОЛЕЗНЯМИ ШЕЙКИ МАТКИ, ВЛАГАЛИЩА И ВУЛЬВЫ

1. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА

Категория возрастная: взрослые

Нозологическая форма: воспалительные болезни шейки матки, острый вагинит, подострый и хронический вагинит, острый вульвит, подострый и хронический вульвит

Код по МКБ-10: N72, N 76.0, N 76.1; N 76.2, N 76.3

Условие оказания: амбулаторно-поликлиническая помощь

Приложение
к приказу Министерства
здравоохранения и социального развития
Российской Федерации
от 22 ноября 2004 г. № 244

1.1. ДИАГНОСТИКА

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.20.001	Сбор анамнеза и жалоб в гинекологии	1	1
A01.20.002	Визуальное исследование в гинекологии	1	1
A01.20.003	Пальпация в гинекологии	1	1
A02.20.001	Осмотр шейки матки в зеркалах	1	1
A09.20.001	Микроскопическое исследование влагалищных мазков	1	1
A11.20.006	Получение влагалищного мазка	1	1
A 03.20.001	Кольпоскопия	1	1

1.2. ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА 10 ДНЕЙ

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.20.001	Сбор анамнеза и жалоб в гинекологии	1	2
A01.20.002	Визуальное исследование в гинекологии	1	2
A01.20.003	Пальпация в гинекологии	1	2
A02.20.001	Осмотр шейки матки в зеркалах	1	2
A09.20.001	Исследование влагалищных мазков	1	2
A11.20.006	Получение влагалищного мазка	1	2

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД**	ЭКД***
Средства для профилактики и лечения инфекций			0,1		
	<i>Противогрибковые препараты</i>		1		
		клотримазол	1	0,1 г	1,0 г
	<i>Противопроtoзойные и противомаларийные средства</i>		0,6		
		метронидазол	1	1125 мг	7875 мг

* — анатомо-терапевтико-химическая классификация.

** — ориентировочная дневная доза.

*** — эквивалентная курсовая доза.

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:

Купон высылайте в конверте по адресу:

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

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

В последние годы все большее внимание ученых и специалистов привлекает проблема вмешательства в процесс старения. Проводится большое количество конференций и конгрессов, посвященных анти-старению, издается огромное число научных и научно-популярных книг, появились специализированные научные журналы по этой проблеме, например, Journal of Anti-Aging (недавно сменивший свое название на Rejuvenation Research), Journal of European Anti-Ageing Medicine and British Anti-Ageing Medical Journal, издаются рассчитанные на широкую публику популярные журналы, рекламирующие различные средства для замедления старения. Появились очень активные общества, например, Американская академия медицины анти-старения, возглавляемая Робертом Клатцем, или Европейское общество анти-старения, проводящие ежегодные конгрессы, собирающие многие тысячи участников. Все это свидетельствует как о возрастающем интересе общества в целом к проблеме старения населения, так и определенном коммерческом успехе фармацевтических компаний, получающих баснословные прибыли от продажи разнообразных средств, рекламируемых как средства анти-старения.



В.Н. Анисимов

**«Медицина анти-старения»:
мифы, реальность, перспективы**

В настоящее время отсутствуют доказательства, что воздействиями на процесс старения можно увеличить ожидаемую продолжительность жизни человека. Правда, с 1900 г., когда ожидаемая продолжительность жизни при рождении была 49 лет, к концу XX века в развитых странах она увеличилась на 27 лет. Такое же увеличение ожидаемой продолжительности жизни произошло за предыдущие 2000 лет истории человечества. Следует отметить, однако, что этот рост вызван значительным снижением смертности от детских инфекционных заболеваний и обусловлен повсеместным улучшением гигиены, изобретением антибиотиков и вакцин. В то же время хронические болезни, такие, как сердечно-сосудистые, инсульт и рак, все еще остаются серьезной проблемой.

21 из 27 лет увеличения ожидаемой продолжительности жизни в XX веке имели место в его первые 70 лет, и только 6-летнее ее увеличение произошло за последнее 30-летие XX века. Для увеличения еще на 10 лет, которое ожидается в США в течение ближайших 50 лет, смертность должна быть снижена до уровня, который никогда прежде не был достигнут.

Полагают, что все достижения биомедицинских исследований и их прикладные результаты привели к увеличению ожидаемой продолжительности жизни лишь на 15 лет. Если устранить все ведущие причины смерти, указываемые сегодня в свидетельствах о смерти, мы сможем тогда выжить, как полагает Л. Хейфлик, основную причину всех ассоциированных с возрастом болезней, которая характеризует сам процесс старения. Достигнув успеха в устранении лидирующих причин смерти, мы столкнемся с перспективой увеличения продолжительности жизни, которая будет ограничена возможностью воздействовать на сам процесс старения или на детерминанты долголетия.

Однако довольно распространенная точка зрения, вернее, вера, что коррекция возрастных изменений эквивалентна вмешательству в фундаментальный процесс старения, продолжает приводить к большим заблуждениям. Коррекция возрастных изменений эквивалентна облегчению симптомов, но не лечению болезни, то есть является паллиативом. Паллиативы, предназначенные для коррекции возрастных изменений, могут дать великолепный косметический и психологический эффект, что, естественно, улучшает качество жизни, но не влияют на основной процесс.

Серьезную озабоченность сегодня вызывает продукция огромной индустрии анти-старения, которая под видом пищевых добавок может легально производить то, что обозначается как средства «омоложения», замедляющие или останавливающие старение. Эти пропагандируемые вмешательства никогда не были подтверждены доказательствами их воздействия на собственно процесс старения, если они вообще имеют эффект, но могут маскировать, замедлять или задерживать некоторые поверхностные, не патологические изменения, связанные со старением. К этому классу лекарств или «косметических» средств относятся продукты, которые рекламируются как устраняющие морщинистость кожи, удаляющие старческую пигментацию, вызывающие потемнение волос, удаление нежелательной волосистости или восстановление их на облысевшей голове. Такие вмешательства, как использование линз для коррекции дальнозоркости, или слуховых аппаратов для коррекции глухоты, являются продуктами индустрии, которые корректируют ассоциированные с возрастом процессы, рассматриваемые скорее как неудобства, чем патология. Широкое распространение продуктов и услуг, маскирующих или корректирующих некоторые признаки старения, в определенной мере улучшающих качество жизни пожилых, является одной из причин, почему публика ошибочно верит в то, что мы близки к пониманию фундаментальных процессов старения и созданию средств воздействия на него. На самом деле это далеко не так.

Как сориентироваться врачу и потенциальному пациенту (а врачи тоже потенциальные пациенты) в потоке публикаций, газетных и телевизионных обещаний замедлить процесс старения, отодвинуть неизбежную смерть за пределы видовой продолжительности жизни или даже омолодиться?

Рассмотрим алгоритм, позволяющий, как нам представляется, с некоторой степенью надежности отличить научные

рекомендации от сомнительных. Прежде всего, выделим основные группы признаков, которые свойственны любым публикациям и публикациям по проблеме анти-старения, в частности, и те критерии, которые позволяют сделать вывод об их доброкачественности. Заметим, что под публикацией мы будем понимать любую форму открытой информации — статью в научном или популярном журнале, газете, на страницах Интернета, выступление на научной конференции, перед слушателями различных школ или курсов, выступления на радио или телевидении. Каковы же эти основные моменты, которые следует рассматривать при оценке надежности публикации? К ним следует отнести:

- теоретическую обоснованность рекомендаций;
- методологию и методы, использованные для получения результатов, которые лежат в основе рекомендации;
- статистические методы оценки результата;
- характер рекомендаций, наличие или отсутствие противопоказаний;
- тип публикации;
- цель публикации;
- учреждение и автор(ы) публикации.

Теоретическая обоснованность рекомендаций. К признакам, которые заставляют усомниться в обоснованности рекомендаций, имеющихся в публикации, следует отнести

- а) отсутствие какого-либо теоретического обоснования;
- б) указания, что предлагаемое средство нормализует или восстанавливает функцию «информационных», «биоинформационных» или иных мифических полей;
- в) голословные ссылки на экзотическое происхождение

рекомендуемого средства (например, средство, рекомендуемое китайской народной медициной, тибетскими ламами, египетскими жрецами, индейцами майя, аборигенами Амазонки и т. д.), не подкрепленные ссылками на публикации в серьезных журналах.

Методология и методы. Наука признает только те факты, реальность которых можно проверить непосредственным наблюдением, расчетами или экспериментом. При этом воспроизводимость является важнейшей характеристикой научного факта. Если в публикации описывается радикальное увеличение продолжительности жизни живого объекта очень редкого или уникального вида, который практически недоступен для независимого повторения эксперимента, отсутствуют данные о линии и поле экспериментальных животных, нет указаний о рандомизации, отсутствуют данные о контрольной группе, о числе животных в подопытной и контрольной группе (если она есть), либо число животных в сравниваемых группах слишком мало, отсутствуют указания на условия содержания животных, нет данных о происхождении и составе использованного средства, его дозировке, способе и схеме его применения, длительности воздействия и критериях оценки продолжительности жизни — все это может указывать на то, что авторы не заинтересованы в воспроизведении результата независимыми исследователями. Настораживающими моментами являются указания, что метод является секретом его автора («ноу-хау») или запатентован. Ссылка на наличие официального патента на средство, увеличивающее продолжительность жизни, даже с указанием его номера и даты патентования, еще не гарантирует эффективность и безопасность запатентованного средства при практическом применении.

Доказательность. Отсутствие указаний на статистическую обработку полученных данных, или, при наличии таких указаний, отсутствие численных значений достоверности и доверительных интервалов, несомненно, являются признаками, снижающими доверие к результатам публикуемого исследования. К таким признакам следует отнести также отсутствие в опубликованной работе конкретных результатов исследования, представленных в виде таблиц, графиков или рисунков. Весьма настораживающим признаком является привлечение в качестве доказательства эффективности препарата писем пациентов или описания отдельных случаев достижения положительного эффекта. Несомненно, что результаты многоцентровых рандомизированных клинических испытаний заслуживают значительно большего доверия.

Рекомендации. Признаками, которые снижают доверие к рекомендациям по применению того или иного средства анти-старения, являются: точное указание количества лет, которые прибавит пациенту его применение; указания, что оно предупреждает все болезни, свойственные пожилому возрасту; отсутствие противопоказаний. Патогномичными «симптомами» того, что вас сознательно или бессознательно вводят в заблуждение, являются утверждения, что применение рекомендуемого средства оказывает омолаживающий эффект, или обещания радикального прорыва за предел видовой продолжительности жизни.

Тип публикации. Обычными признаками «паранаучности» происхождения нового чудодейственного средства является появление первых сообщений о нем не в научных журналах с серьезной репутацией, а в средствах массовой информации — на телевидении, в газетах, Интернете. Речь не идет, конечно же, о сообщениях СМИ, основанных на публикациях в научной литературе. Следует обращать внимание на то, в каких изданиях опубликована научная статья. Предпочтение должно отдаваться публикациям в солидных реферируемых академических изданиях, к которым имеет доступ широкая международная научная общественность. Такие издания обязательно индексируются в базах научных публикаций, таких, как MEDLINE, Index Medicus и др. Публикации в редких и малодоступных журналах, сборниках работ, тезисах докладов различных конференций и съездов имеют, как правило, предварительный характер, за ними должны последовать серьезные публикации.

ИнтерНьюс

Половые различия эффективности аспирина в первичной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний

Хотя эффективность использования аспирина для вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний доказана как у мужчин, так и у женщин, его применение с целью первичной профилактики остается противоречивым. Данные 5 рандомизированных исследований с участием 55580 участников (на 80% состоявших из мужчин) показали, что в сравнении с плацебо терапия аспирином на 32% снижала риск первого инфаркта миокарда, однако снижение риска инсульта и смерти от сердечно-сосудистых причин остается неопределенным.

В недавно опубликованном испытании the Women's Health Study показано, что использование аспирина у женщин, напротив, приводит к снижению риска инсульта при отсутствии влияния на риск инфаркта миокарда и сердечно-сосудистую смертность. Вот данные мета-анализа рандомизированных контролируемых исследований, посвященных роли аспирина в первичной профилактике сердечно-сосудистых событий отдельно у мужчин и женщин.

Всего обнаружено 6 таких испытаний (n = 95456; 54% женщин), из которых в 3 исследования вошли только мужчины, в 1 — только женщины, и в 2 — лица обоих полов. Средний срок наблюдения составил 6,4 года (от 3,6 до 10,1 года), при этом >95% участников завершили испытание. Дозы аспирина варьировали от 100 до 500 мг в сутки. Результаты мета-анализа показали, что первичная профилактика аспирином в течение 6,4 лет приводит к небольшому снижению частоты основных сердечно-сосудистых событий, а именно к предотвращению 3 событий на 1000 женщин и 4 событий на 1000 мужчин. При этом основная польза у женщин получена за счет уменьшения частоты инсульта (2 предотвращенных события на 1000 пролеченных), а у мужчин — за счет снижения риска инфаркта миокарда (8 предотвращенных случаев на 1000 пролеченных).

Терапия аспирином в одинаковой степени у женщин и мужчин сопровождалась риском кровотечений, приводя к развитию 2,5 больших кровотечений у женщин и 3 — у мужчин на 1000 лиц, получивших такое лечение в течение 6,4 года.

Источник:
JAMA, 2006

ВОЗ установила новые нормативы веса и роста детей первых лет жизни

ВОЗ выпустила новые таблицы соотношения веса и роста у детей от 1 месяца до 5 лет. Предыдущие таблицы были составлены более 20 лет назад и основывались на статистических данных детей, получавших искусственное вскармливание. Новые таблицы подготовлены по результатам измерения и взвешивания 8440 детей из шести стран мира (Бразилия, Гана, Индия, Норвегия, Оман и США). Ученые отбирали детей, воспитывавшихся в «оптимальных условиях для правильного развития», т. е. находившихся на грудном вскармливании, обеспеченных хорошим питанием и качественным медицинским обслуживанием и имеющих некурящих матерей. Исследование показало, что средние показатели веса и роста детей из разных стран различаются незначительно. Это позволило заключить, что физическое развитие детей до 5 лет в большей степени определяется условиями жизни, а не наследственностью. Существовавшие ранее нормативы веса детей были завышены примерно на 15—20%. Например, нормальный вес годовалого ребенка составлял 10,2—12,93 кг; по новым рекомендациям он должен составлять от 9,53 до 11,79 кг. ВОЗ рекомендует грудное молоко в качестве оптимальной пищи для младенцев. Дети, находящиеся на грудном вскармливании, в будущем реже страдают ожирением, гипертонией и сахарным диабетом.

Источник:
Mednovosti.ru

ИнтерНьюс

Помогает ли витамин К при гипокоагуляции?

У пациентов, принимающих непрямые антикоагулянты, при уровне международного нормализованного отношения выше 4,0 высок риск кровотечений. Группа американских исследований провела мета-анализ публикаций, посвященных изучению эффективности применения витамина К в такой ситуации и в отсутствии симптомов большого кровотечения.

Целью работы было определить:

1) приводит ли назначение витамина К к более быстрому, чем простая отмена антикоагулянта, достижению терапевтического уровня МНО;

2) какова оптимальная доза и способ введения витамина К;

3) снижается ли частота нежелательных реакций (кровотечений, тромбозов, анафилаксии и смерти) после приема витамина К.

Авторами обнаружено 10 рандомизированных и 11 проспективных исследований. У пациентов с МНО 4,0—10,0 (8 публикаций, 3 плацебо/отмена контролируемых; $n = 321$) пероральный прием витамина К (дозы от 1 до 5 мг) и внутривенное его введение (дозы от 0,1 до 2 мг) привели к возвращению в терапевтическую зону гипокоагуляции в 82% и 77% случаев соответственно. Подкожное введение витамина К было сопоставимо с плацебо-контролем (31% и 20%).

У пациентов с МНО >10,0 (9 публикаций, 4 рандомизированных исследований; $n = 105$) применение витамина К восстановило целевой уровень гипокоагуляции через 24 часа в 52% случаев, у 43% больных МНО оставался выше 4,0, и только у одного участника отмечен МНО <1,5. Подкожное введение витамина К оказалось менее эффективным, поскольку через сутки 71% пациентов имели МНО >4,0, в то время как при пероральном и внутривенном способе такой МНО был у значительно меньшего числа пациентов — 48% и 30%.

Таким образом, у больных с выраженной гипокоагуляцией на фоне приема непрямых антикоагулянтов пероральное и внутривенное назначение витамина К эффективно приводит к восстановлению терапевтического МНО, в отличие от подкожного введения препарата или простого прекращения терапии. Из-за малого числа данных (всего 1 исследование) клиническая эффективность витамина К в данной ситуации (влияние на риск кровотечений и тромбозов) остается невыясненной.

Авторы полагают, что ввиду сообщений об анафилактических реакциях при внутривенном введении витамина К, пероральный способ его применения в дозах 1,0—2,0 мг должен быть предпочтительным, а назначение его обязательным при МНО >6,0.

Источник:

Arch. Intern. Med. Feb. 27, 2006; 166: 391—397

В Северной Каролине в период с 1995 по 2000 гг. было проведено исследование по выявлению риска преждевременных родов и рождению ребенка с низкой массой тела у женщин, чья работа связана с физическими нагрузками

В исследование было включено 1908 пациенток с одноплодной беременностью. Оказалось, что работа, связанная с физическими нагрузками (стояние на ногах, подъем тяжестей, длинный рабочий день) не связана с неблагоприятными исходами беременности, в то время как работа в ночные часы повышает риск преждевременных родов.

Источник:

МЖМП, 2006, № 3

Начало на стр. 7 ↗

Специального обсуждения заслуживают публикации в форме выступления на конференциях, которые посвящены анти-старению. Организаторы таких конференций обычно приглашают с докладами серьезных ученых, которые своим участием поднимают рейтинг всего мероприятия и тем самым как бы придают академичность тем докладам, которые не удовлетворяют критериям академической науки. В последние годы такого рода конференции, спонсируемые фармацевтическими компаниями, проходят все чаще, вовлекая в «информационный шум» серьезных специалистов.

Цель публикации. Наивным было бы полагать, что 100% публикуемых в серьезных научных журналах статей о средствах воздействия на старение преследуют своей целью поведать исключительно о новом знании, раскрытии механизмов старения и, в конечном счете, постижении тайн природы и истины. Фармацевтические компании заинтересованы в продвижении на рынок новых эффективных препаратов, в которых нуждаются как врачи, так и пациенты. Исследования новых препаратов в значительной мере финансируются фирмами, что наложило свой отпечаток на характер публикаций, формат спонсированных фирмами так называемых сателлитных симпозиумов и целых конгрессов. Нет ничего зазорного в том, что результаты предклинических и клинических испытаний новых препаратов, разработанных в научных подразделениях фармацевтических компаний, так же как и в тиши академических лабораторий, публикуются в серьезных изданиях, докладываются на научных форумах самого высокого уровня. Вложенные в фундаментальную науку средства приносят высокую прибыль во многих областях знания. Важно, чтобы публикуемые результаты были объективными и удовлетворяли тем критериям, которые отличают истинную науку от псевдонауки, а авторов этих публикаций были бы основания считать учеными, а не шарлатанами.

Учреждение. Как правило, уже знакомство с названием учреждения, из которого исходит работа, может дать повод к сомнениям в надежности представленных в публикации данных. Например, за громким названием Национальный центр анти-старения может скрываться вполне виртуальная организация, состоящая из 2—3 предприимчивых людей, в лучшем случае имеющих медицинское образование. Также может насторожить отсутствие указания о ведомственной принадлежности за названием учреждения, скромно называющим себя, скажем, Институтом проблем старения, или указание, что препарат (или прибор) разработан специалистами ВПК. Несомненно, указание, что работа выполнена в

Начало на стр. 3 ↗

который представляется доминирующим. Гипердиагностика пневмоний обычна при лихорадочном синдроме, при выслушивании мелкопузырчатых хрипов (даже если отсутствуют другие признаки воспалительного процесса). Реже причиной пневмонии может быть неправильная интерпретация рентгенограмм (как пневмония оцениваются онкологический процесс или туберкулез легких). Тем не менее рентгенологическое исследование — один из краеугольных камней диагностики пневмонии. Его проведение снижает частоту ошибок в поликлинике в десять (!) раз. Если пациент госпитализируется, то существенного значения эти ошибки не имеют. Сложнее, когда вместо пневмонии устанавливается внелегочный диагноз. Эти ошибки чаще всего возникают при неправильной трактовке болевого синдрома и спутанности сознания, нередко развивающейся уже в первые часы пневмонии у престарелых. Интенсивный болевой синдром при пневмонии может приводить к диагнозу инфаркта миокарда или острой хирургической катастрофы. Во всех случаях больные обычно госпитализируются и в кардиологическом отделении диагноз практически сразу будет уточнен. При госпитализации больного с пневмонией с ошибочным «хирургическим» диагнозом возможен риск ненужного оперативного вмешательства или агрессивных эндоскопических исследований. При спутанности сознания практически всегда в качестве неправильного диагноза фигурирует инсульт или дисциркуляторная энцефалопатия и соответствующая этому тактика приводит к поздней терапии пневмонии.

Диагноз пневмонии основывается на анамнезе, характерных жалобах (кашель, плевральная боль, одышка), клинических признаках консолидации легочной паренхимы (укорочение перкуторного звука, бронхиальное дыхание), выявлении крепитации или локального участка мелкопузырчатых хрипов. Подтверждается диагноз при рентгенологическом и лабораторном исследованиях. При этом наиболее характерны выявление инфильтрации легочной паренхимы и лейкоцитоза более 10,0 с нейтрофильным сдвигом в лейкоцитарной формуле. Лейкопения и гиперлейкоцитоз прогностически неблагоприятны.

После установления диагноза пневмонии первоочередная задача врача назначить лечение, в первую очередь — антибактериальную терапию. При этом, как правило, возбудитель неизвестен. Лечение должно быть начато в возможно более ранние сроки, и выбор антибиотика 1-го ряда основывается на клиническом опыте врача, знании эпидемиологической обстановки и особенностей аллергологического анамнеза.

Этиологическими агентами пневмоний чаще всего являются пневмококки, гемофильные палочки, моракселла. Реже они вызываются стафилококками, энтеробактериями. В зависимости от эпидемиологической обстановки может возрастать частота вирусных, микоплазменных и хламидийных пневмоний. Более 40% пневмоний у лиц старше 60 лет вызваны не одним этиологическим агентом, а ассоциациями возбудителей. Чаще всего (3/4) эти ассоциации состоят из сочетания грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов. Нередки сочетания грамположительных и/или грамотрицательных микроорганизмов с внутриклеточными агентами (микоплазма, хламидии). Особенностью эпидемиологической ситуации в Москве в течение последнего года яв-

известном институте, входящем в системы РАН, РАМН или Министерства здравоохранения, государственном университете или медицинском вузе, должно в определенной мере являться гарантией надежности публикации. К сожалению, приходится констатировать, что в современной отечественной геронтологической литературе встречаются публикации, рекомендуемые чудодейственные снадобья, «информационно» обогащенные и загадочным образом активированные жидкости, регулярный прием которых обеспечит если не бессмертие, то радикальное омоложение, авторы которых являются кандидатами или докторами наук, профессорами, членами-корреспондентами и действительными членами не только многочисленных расплодившихся в постперестроечное время общественных академий наук, но и, увы, государственных академий, и исходящие из вполне уважаемых учреждений, Посоветуем читателю проявлять бдительность и, если имя автора работ не знакомо, вызывает сомнение его профессиональная принадлежность или название учреждения, зайти в Интернет и проверить в базе данных MEDLINE (PubMed) наличие у автора публикаций по интересующей проблеме в реферируемых журналах. Как правило, этот метод проверки редко подводит и позволяет избежать ошибок и безвозвратной потери не только репутации врачом, но денег и здоровья пациентом.

Конечно, все приведенные выше соображения не могут дать гарантии, что применение рекомендуемого средства безопасно и эффективно. Экспериментальные исследования на животных чрезвычайно длительны и дорогостоящи. Многие такие исследования выполняются на малом числе животных и не удовлетворяют элементарным требованиям проведения долгосрочных экспериментов. Тем более, важна унификация методов тестирования геропротекторной активности и безопасности препаратов.

Следует признать, что в настоящее время нет ни одного препарата, геропротекторная активность которого была бы безусловно доказана на людях. К средствам, которые можно было бы включить в группу препаратов, чья эффективность подтверждена многочисленными экспериментальными исследованиями на животных разных видов, но отсутствуют достаточные доказательства эффективности в эпидемиологических многоцентровых рандомизированных исследованиях или они получены только в отдельных наблюдениях, по-видимому, следует отнести мелатонин, дегидроэпиандростерон, эпиталамин, тималин, антидиабетические бигуаниды, некоторые антиоксиданты. По-видимому, эти препараты являются наиболее вероятными кандидатами для проведения многоцентровых рандомизированных клинических испытаний.

ляется сравнительно высокая частота микоплазменных и хламидийных пневмоний. Тенденция антибиотикорезистентности в Москве свидетельствуют о частой резистентности микроорганизмов к тетрациклинам и бисептолу, которые на протяжении многих лет применялись наиболее широко.

Федеральный стандарт РФ предусматривает при амбулаторном лечении пневмоний использование макролидов, амоксицилина/клавуланата, цефалоспоринов 3-ей генерации, респираторных фторхинолонов. Эти же группы препаратов используются для амбулаторного лечения пневмоний в большинстве стран мира. Многолетний анализ свидетельствует, что часть больных пневмониями госпитализируется из-за неэффективного лечения на дому. Пневмонии у них обычно более тяжелого течения в связи с обширностью процесса (долевые, многодолевые, многоочаговые), характеризуются осложнениями (плевриты, дыхательная недостаточность, судисная недостаточность, абсцедирование) или септическим течением. Кроме того, госпитализируемые больные обычноотягощены сопутствующими заболеваниями. Поэтому в условиях стационара обычно антибиотики применяются парентерально. В условиях Центральной клинической больницы при лечении пневмоний тяжелого течения обычно исходно назначаются сочетания антибиотиков. Как правило, это цефалоспорины 3-й генерации (цефатоксим) в сочетании с макролидом или фторхинолоном. Эта терапия проводится до уточнения этиологического диагноза. Если по результатам микробиологического исследования или серотипирования установлен возбудитель, то лечение продолжается только антибиотиком нужного спектра действия. Такая схема лечения носит название до-эскалационной терапии. При лечении пневмоний мы часто пользуемся ступенчатой терапией, когда лечение начинается с парентерального введения антибиотика, а через 3—4 дня, при достоверном улучшении и стабилизации состояния, пациент переводится на пероральный прием антибиотика. При пневмониях тяжелого или септического течения антибиотики вводим внутривенно.

Весьма существенна продолжительность антибактериальной терапии. При неосложненных пневмониях обычная ее продолжительность семь дней. При пневмониях, вызванных внутриклеточными агентами (микоплазма, хламидии), применение антибиотика продолжается 14 дней. Короткие сроки лечения при этих возбудителях неприемлемы из-за вероятности рецидивирующего течения инфекции.

Естественно, что лечение пневмонии не сводится только к применению антибиотиков, хотя им и принадлежит решающая роль в подавлении инфекции. В остром периоде болезни — это самое главное, но необходимо также осуществлять терапию дыхательной недостаточности, стабилизировать гемодинамику, проводить дезинтоксикационную терапию, осуществлять коррекцию нарушений гемостаза. У лиц пожилого возраста крайне важно проводить лечение сопутствующих заболеваний, считаясь с возможностью их декомпенсации на фоне острого инфекционного процесса. В период выздоровления проводится противовоспалительная терапия, существенны меры для улучшения вентиляции и микроциркуляции, продолжается лечение сопутствующих заболеваний, проводятся различные реабилитационные программы.

Раннее адекватное лечение пневмоний обеспечивает благоприятные исходы этого опасного для пожилых лиц заболевания.



Антиреклама

Состоялась первая конференция по проблеме «впаривания» болезней (Inaugural Conference on Disease Mongering April 11–13, 2006 Newcastle, Australia; www.diseasemongering.org). В русском языке лучше всего смысл слова «mongering» передается словом «впаривание» (продажа, продвижение чего-то ненужного потребителям). «Disease mongering» — это продвижение болезней, расширяющее понимание о нездоровье и расширение рынков для тех, кто продает или предоставляет лечение.

Впаривание болезней

В. Власов

Основные сообщения конференции уже размещены в открытом доступе на сайте Public library of Science (<http://collections.plos.org/diseasemongering-2006.php>). Передовую статью написал известный исследователь «впаривания» болезней Рей Мойнихан с соавт. Одно из направлений действий — противопредставительство (counterdetailing) — предоставление врачам правдивой информации, целенаправленно против усилий «впаривателей». Собственно, частично эту функцию выполняют такие издания, как «Здоровый скептицизм» (www.healthyscepticism.com), «La Revue Prescrire» (www.prescrire.org), МедиаДоктор (<http://www.mediadoc.org.au>).



ниями бизнеса! Отсюда шаг до того, чтобы включить виагру и подобные средства в список жизненно важных лекарственных средств или специального лекарственного обеспечения для инвалидов. Поскольку очевидно, что «впаривание» болезней тесно связано с продажей лекарств, т. е. товара, регулируемого государством, последнее не может отказаться от своей регулирующей роли (Барбара Минтзес).

В Австралии выявлена серьезная проблема «утечки» средств в рамках использования национального формуляра. Лекарство, которое внесено в формуляр для лечения серьезного состояния, начинает применяться у пациентов, которые в нем не нуждаются, которые могут лечиться менее дорогим лекарством и состояние которых не предусматривалось, когда лекарство включалось в Схему. Очевидно, что это не только австралийская проблема, она существует и в России.

Со своей стороны преподаватели — медики и фармацевты, лидеры медицины должны помочь врачам и студентам в понимании проблемы для того, чтобы повысить защищенность медицинских и фармацевтических специалистов от манипуляций (С. Джаирай Кумар, А. Деокер, А. Кумар и соавт.). Если до сих пор определение болезней находилось в руках профессиональных групп, то теперь очевидно, что государственные руководители не могут оставаться в стороне и первоочередной задачей является устранение из числа принимающих рекомендации и решения лиц, имеющих конфликт интересов.

Изобретение болезней не такая безобидная вещь, как может показаться. Во-первых, велика сила объявления о болезни. Человек ощущает себя меченым, вплоть до самоисключения из общественной жизни. Он начинает искать помощи, расходует средства свои и общественные, страдает от побочных эффектов лечения. Источаются ограниченные возможности общества помогать действительно больным людям. «Впаривание» широко распространено в виде финансируемых индустрией кампаний по «повышению информированности» пациентов и общества в целом (rising awareness) относительно ожирения, синдрома раздраженной толстой кишки, синдрома беспокойных ног, и проч. С индустрией к своей выгоде взаимодействуют врачи с их платными услугами, PR-агентства, журналисты и «группы защиты интересов пациентов», получающие свою долю пирога.

К сожалению, вредной практике «впаривания» болезней до сих пор активно противостояли лишь отдельные врачи и общественные деятели. Лишь некоторые инициативные группы создавали материалы, разъясняющие некоторые способы изобретения болезней и расширения круга людей, которым можно приписать эти болезни.

От редакции: вновь и вновь будем обращаться мы к теме выдуманных болезней, лекарств, которые не помогают и не вредны и прочих ухищрений нечистоплотного бизнеса от медицины. Мы понимаем тщетность искоренения этих вечных пороков человека — желания нажиться на чужом горе, но говорить об этом — абсолютно необходимо.

Без анамнеза, без боковых рентгенограмм, только по одной прямой рентгенограмме трудно поставить правильный диагноз, тем более, что это наверняка редкий случай.

Что рискуя попасть «пальцем в небо», я решил расширить диагностический ряд и данное письмо прошу приобщить к моему письму от 17.06.06. Таким образом, на прямой рентгенограмме может быть отражено: перикардит — пневмоперикардит, передний медиастинальный плеврит, симметрично расположенные кисты, натечники и ахалазия пищевода.

А. Иадрин

ПИСЬМА ЧИТАТЕЛЕЙ

17 июня на конкурс, объявленный газетой «Московский доктор» мной было отправлено письмо, в котором прямую рентгенограмму расшифровал как перикардит — пневмоперикардит. После некоторых раздумий решил, что столь простой случай вы бы не стали публиковать. Перебрав в памяти все случаи, которые мне случались, пусть даже несколько не в такой форме, пришел к выводу, что по одной прямой рентгенограмме, помимо перикардита, можно думать о двустороннем осумкованном плеврите, о симметрично расположенных эхинокочковых и др. кистах, о натечниках и даже об ахалазии пищевода.

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:

- 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»

ОЧЕРКИ ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ ТРАНСФУЗИОЛОГИИ

Под ред. Воробьева А.И. Издательство Ньюдиамед 2006 г.



Книга создана преимущественно сотрудниками Гематологического научного центра РАМН под руководством академика А.И. Воробьева. Это отчет о сложном и славном пути развития трансфузиологии за последние десятилетия. Главные победы на этом пути — спасение сотен тысяч, миллионов жизней пациентов, погибших от кровопотери; и раненых на фронте, и пострадавших в катастрофах и многих, многих других. Книга — не руководство в полном смысле этого слова, а лишь очерки, освещающие наиболее острые и актуальные проблемы современной трансфузиологии: трансфузионная терапия острой массивной кровопотери, кровотечений родильниц, трансфузионная терапия наследственных и приобретенных нарушений свертывания крови, инфузионная терапия септического шока, особенности заместительной трансфузионной терапии в онкологии, искусственное питание, плазмаферез и другие методы экстракорпорального воздействия на кровь, стандартизация и управление качеством в службе крови.

Очерки предназначены для врачей трансфузиологов, хирургов, реаниматологов, врачей отделений интенсивной терапии, сотрудников станций переливаний крови, студентов и ординаторов.

КАРДИОЛОГИЧЕСКАЯ СЕКЦИЯ

Приглашение

«Сердце диабетика»

26 октября 2006 года
Начало в 17.00
Вход по приглашениям

АНГИОЛОГИЧЕСКАЯ СЕКЦИЯ

Приглашение

«Переменяющаяся хромота: ограничения для хирургии перспективы для терапии»

12 октября 2006 года
Начало в 17.00
Вход по приглашениям

Место проведения: Центральный Дом Ученых РАН
Ул. Пречистенка, 16. Проезд: М. «Кропоткинская»

Начало работы Конференции
2 октября 2006 в 10.00 Начало регистрации - 8.30

Организаторы Конференции:
Министерство здравоохранения и социального развития РФ
Межрегиональная общественная организация «Научное медицинское общество геронтологов и гериатров»

Информационные спонсоры
Журналы «Клиническая геронтология»
«Проблемы стандартизации в здравоохранении»
Газета «Вестник Московского городского научного общества терапевтов»
«Московский доктор»

Подробная информация на сайте www.zdrav.net

Нам всегда объясняли, что самое важное в системе отечественного здравоохранения — профилактика. Все знают, что дешевле и проще предупредить заболевание, чем его потом лечить. И вот в национальном проекте «Здоровье» опять повторяется «курс на профилактику». Это то, что называется «общее место». Никто не дает себе труда задуматься о неправильности этого лозунга. Для БОЛЬШИНСТВА заболеваний профилактики быть не может: скажите, какая профилактика врожденного порока сердца или лейкоза, аппендицита или опухоли мозга? Только не надо сочинять.

развиваться и их придется эффективно лечить. Следовательно, нельзя говорить о приоритете профилактики над терапией. Всему свое место! Именно терапевтическое направление и развивается в последние годы, подминая под себя святые установки прошлого на повсеместную профилактику: рано поставить диагноз и рано и правильно лечить. И все будет в порядке. Так?

Ну а как с мозговыми катастрофами? Ведь эта патология едва ли не самая частая причина тяжелой инвалидизации больных. И лечения инсульта радикального пока не придумали, ведь нельзя серьезно относиться к «метаболической терапии» или ноотропам. Деньги вбухивать в них можно, а ожидать хоть какого-нибудь результата не стоит. Так что — безнадежно? Оказывается, не совсем.

Мозг штука не только сложная, но и большая, «работает» на наш интеллект хорошо если десятая его часть. Поэтому есть все основания ожидать хотя бы частичной компенсации утраченных функций за счет неповрежденных его участков. В это обычно не верят, поэтому кажется фантастикой рассказы о том, что научившиеся вновь говорить начинают двигать руками и ходить. Перебирают монетки или горох, — начинают говорить. Слушают музыку, и вдруг начинают понимать обращенную к ним речь. Какая связь? — тонкая, понятная специалистам и непонятная непосвященным. Но факт остается фактом — реабилитация пациентов с инсультом является сегодня наиважнейшим элементом оказания помощи, именно сюда надо вкладывать деньги силы и интеллект современной медицины. Даже если лежачего и малоподвижного больного научить простому самоходу, то это освободит его семью и общество от огромного бремени забот.

Реабилитация больного с поражением мозговых функций должна быть настойчивой, длительной и комплексной. Их надо учить заново, как учат новорожденных детей, одновременно и ходить, и двигать руками, и говорить, и читать, и считать. Одно без другого — невозможно.

Таким образом — каждому овощу свой фрукт... Каждое направление в здравоохранении имеет приоритеты только в конкретной ситуации, в конкретном приложении. Профилактика в одних случаях равнозначна лечению в других и реабилитации — в третьих. Так что, друзья, давайте без идеологических перекосов.

Каждое направление в здравоохранении имеет приоритеты только в конкретной ситуации, в конкретном приложении. Профилактика в одних случаях равнозначна лечению в других и реабилитации — в третьих. Так что, друзья, давайте без идеологических перекосов.

ОБЩИЙ АНАЛИЗ

от П. Медика

РЕАБИЛИТИРУЕМ РЕАБИЛИТАЦИЮ

Если серьезно — какова профилактика сахарного диабета и подагры, атеросклероза со всеми его поражениями. Мы знаем про корреляции сахарного диабета и высокой массы тела, но ничего не знаем о пользе похудения. Мы знаем про роль курения в развитии ишемических проявлений в различных сосудистых бассейнах — коронарном, нижних конечностей. Но ведь ишемия — не атеросклероз и не стеноз, атеросклероз механизм важный, но не определяющий процессы декомпенсации периферического кровотока.

Для самых частых болезней сегодняшнего дня первичная профилактика не является важнейшим элементом современного здравоохранения! Лишь для некоторых из них можно с уверенностью сказать, что устранение фактора риска — курения — существенно снизит частоту заболевания, если не приведет к почти полному его исчезновению: рак легкого, несколько менее — раки еще нескольких локализаций. А исчезнет ли коронарная патология при отказе от курения — сомнительно, скорее, постарается. Никогда не повлияет курение на частоту и тяжесть гипертонии, а профилактика инсульта — это не только адекватная коррекция артериального давления, но и удаление атеросклеротических бляшек из сонной артерии, выявление и устранение многочисленных микроаневризм сосудов головного мозга.

Короче. Избавить человечество от наиболее частых болезней профилактикой не удастся. Они будут

ВНИМАНИЕ!!! НОВИЖКА!!!

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, вариабельной 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.

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

Вестник МГОТ (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

Редакционный совет: А.И. Воробьев (председатель редакционного совета), В.Н. Ардашев, З.С. Баркаган, А.С. Беллевский, 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. Гогин, 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. Новоженков, 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. Сторожак, А.Л. Сыркин, В.П. Тюрин, А.И. Хазанов, Е.И. Чазов, А.Г. Чучалин, Л.В. Циганова, В.В. Цурков, 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 (495) 118-7474, e-mail: mtpndm@do1.ru www.zdrav.net

Отдел рекламы (495) 729-97-38

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