



ВЕСТНИК МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО

МОСКОВСКИЙ ДОКТОР

Октябрь 2006

№ 19 (36)

НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ

ПРЯМАЯ РЕЧЬ

Стремление врачей и пациентов применять новые, все более сложные методы лечения и диагностики («технологический императив») всегда лежали в основе развития медицины. Закономерно возникают вопросы. Как надежно оценить эффективность, полезность этих методик для реальной клинической практики? В состоянии ли общество обеспечить доступность к новым вмешательствам? Должны ли покрываться расходы на изучаемые вмешательства с доказанной эффективностью из общественных средств в равной степени? Каким образом развивать дорогостоящие технологии, если государство, общество не может покрыть расходы при самых элементарных вмешательствах, вынуждая приобретать пациента медикаменты и расходные материалы?

На что ориентироваться практическому врачу? На стандарты, издаваемые МЗиСР? На научные и околонаучные статьи? На отечественные или зарубежные рекомендации?

Только несколько примеров. Открываем Приказ МЗиСР от 06.09.05 № 551 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным стабильной стенокардией». Читаем, что входит в «стандартное» лечение из расчета 24 дня. Кроме всего прочего — «трансмокардиальная лазерная реваскуляризация» частота предоставления 0,1, среднее количество — 1.

Открываем журнал «Сердце и метаболизм» (№ 18, 2006 г.) на стр. 8 статья «Диагностика, распространенность и лечение рефрактерной стенокардии» (M.R. Chester) читаем: «...однако, очевидно, что следующие два метода лечения больных с хронической стенокардией сопряжены с крайне высоким риском и не могут применяться в повседневной клинической практике

1. Чрескожная или трансмиокардиальная реваскуляризация.

2. Генная терапия»...

Руководство по ведению пациентов стабильной стенокардией подготовлено АСР специально для врачей первичного звена (Vega C с соавт. 2004 г.): «Из-за отсутствия доказательств не рекомендуется широко использовать электрическую стимуляцию спинного мозга, трансмиокардиальную лазерную реваскуляризацию миокарда».

Или, например, препарат триптазидин.

Входит в формулярную систему «Федеральное руководство по использованию лекарственных средств», в рекомендации ВНОК «Диагностика и лечение стенокардии» (...может быть назначен на любом этапе терапии стабильной стенокардии для усиления антиангинальной эффективности бета-адреноблокаторов, антагонистов кальция и нитратов).

Не входит в клинические руководства по ведению больных стенокардией в таких странах, как США и Великобритания, в Примерный перечень ВОЗ «Основные лекарственные средства» (пересмотр марта 2005 г.)

Совершенно неудивительно, что, получая такую противоречивую информацию, которая является не просто информацией, а руководством к действию, врач начинает

...получая такую противоречивую информацию, которая является не просто информацией, а руководством к действию, врач начинает доверять только своему опыту и способу мышления.

По данным Numan D.J. (2000), 41% врачей не желали следовать руководству «Joint National Committee Guidelines on the Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure». Исследование продемонстрировало, что врачи не всегда стремятся к достижению тех целей, которые были указаны в руководстве, часто не имеют достаточных знаний о новостях в своей области, у них нет мотивации для изучения и эффективного использования клинических рекомендаций.

Кроме того, оказывается, что результаты качественных клинических исследований не гарантируют получения аналогичного результата в реальной клинической практике. К такому выводу пришли наши зарубежные коллеги на основании так называемых постмаркетинговых исследований. Несколько примеров.

Многочисленные клинические испытания регистрировали значительные преимущества использования стентов с фармакологическим покрытием для эндovasкулярного лечения ИБС. В исследованиях отмечалось, что необходимость повторных реваскуляризаций при использовании данного вида стентов снижается до 0–2%. Однако Dobesh P.P. с соавт. (2004) отмечает, что в реальной клинической

практике после стентирования с использованием стентов с фармакологическим покрытием повторное эндovasкулярное вмешательство требуется в 5–10% случаев в течение 6 мес. Использование стентов с покрытием предотвращает рестеноз только у 2-х из 10 пациентов.

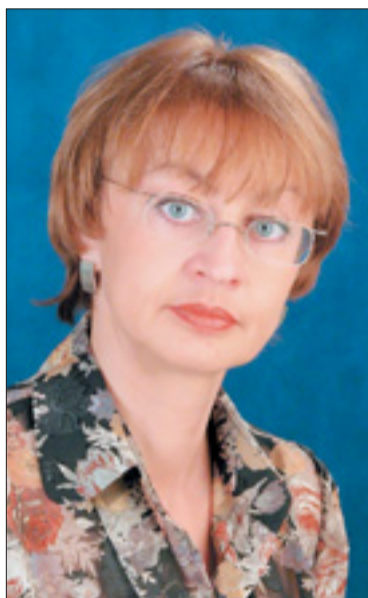
Клинические испытания сообщали о преимуществах стентов с покрытием sirolimus над стентами с покрытием paclitaxel. Однако Ong A.T.L. с соавт.

(2005), Gou J.J. с соавт. (2005) пришли к выводу, что принципиальных различий в результатах лечения с помощью различных видов стентов в реальной клинической практике в течение 1 года нет.

Клинические испытания сообщали о преимуществах метода мини-АКШ для лечения пациентов с ИБС (меньшая травматизация пациента, меньшая длительность пребывания в стационаре). Kshetry V.R. (2000) и Diegeler A. (2000) на основании результатов анализа реальной клинической практики также отмечают отсутствие статистически достоверного различия в госпитальной летальности при АКШ с ИК и мини-АКШ. Но авторы отмечают, что в начальный период использования мини-АКШ летальность была выше по сравнению со стандартной методикой АКШ, и только по мере приобретения опыта хирургами летальность при мини-АКШ становилась меньше, чем при АКШ с ИК.

Таким образом, на этапе переноса медицинских технологий из одной страны в

Д.м.н. Самородская И.В.



Врач доверяет себе.

А что делать больному?

другую, из одной клиники в другую результаты лечения при использовании нового метода у конкретного пациента могут быть:

- 1) лучше, традиционно используемого метода лечения,
- 2) хуже, традиционно используемого метода лечения,
- 3) сопоставимы с традиционно используемыми методами лечения.

Следовательно, при внедрении новой технологии пациенты являются по сути дела подопытными испытуемыми, с непредсказуемым исходом, и никаким образом не защищены на случай побочных эффектов лечения или осложнений.

Вероятно, как первый шаг в регламентации использования технологий в реальной практике можно рассмотреть Приказ МЗиСР РФ № 346 от 31 декабря 2004 г. «О выдаче разрешений на применение медицинских технологий». В соответствии с 4,5 пунктами Приказа Заявителю

для получения разрешения на применение новой медицинской технологии предписывается предоставить в Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения и социального развития протоколы клинических исследований (если такие исследования проводились). Следовательно, для получения разрешения на применение технологии проведение клинических исследований и представление в Федеральную службу доказательств безопасности и эффективности технологии вовсе не является обязательным.

И опять же по Черномырдину В. «Хотели как лучше, а получилось как всегда»... Следуя Приказу для получения разрешения, вполне достаточно (пункт 2 Приказа) отзывов «профильных научно-исследовательских или образовательных медицинских учреждений о возможности использования в медицинской практике заявленной технологии». Действительно ли отзывы будут свидетельствовать о безопасности и эффективности технологии? Раскрываем газету «Телепрограмма» (№ 37 19–25 сентября 2005 г.) и находим отзывы ведущих

НИИ о пользе ...«скипидарных ванн Залманова — выраженный омолаживающий эффект. Одобрено Минздравом России», «Ухудшилось зрение? Грозит операция? Оптик Вижн разработан Томским НИИ Фармакологии для устранения дефектов зрения». По каким критериям эффективности оценивалась (и будет оцениваться) та или иная технология при получении регистрационного свидетельства? На основании отзывов экспертных оценок? Чем экспертная оценка

ка эффективности «высокотехнологичной операции в НИИ» отличается от экспертной оценки «скипидарных ванн Залманова»? Тем, что ведущий специалист, профессор, академик не может ошибаться в экспертных оценках технологии своего профиля? Тогда вспомним, сколько было в жизни каждого практикующего врача случаев применения технологий (лекарственных препаратов), которые через короткое время признавались неэффективными и бесполезными (но в отечественной практике никогда не вредными — чтобы не травмировать психику врачей и пациентов)...

Конечно, и пациенты и врачи хотят верить в то, что лечение стоило затраченных усилий; и тем, и другим обидно признавать, что и деньги, и время потрачены на что-то неэффективное. Вопрос в том, нужны ли нам доказательства эффективности и безопасности или достаточно экспертных оценок врачей или мнения пациентов?

Препараты, технологии, оздоровительные и профилактические программы кажутся очень эффективными. Но насколько наши теоретические представления об эффективности диспансеризации отличаются от воззрений врача XVIII века?

Несколько примеров.

Кровопускание при тифе — эффективно. В XVIII веке, после того как часть больных в качестве лечения получала лишь постельный режим вместо традиционного кровопускания, врачи с ужасом поняли, что применяемое ими лечение в лучшем случае было бесполезным.

Антиаритмики — предупреждают внезапную смерть и продлевают жизнь. Препараты (флекаинид, энкаинид и морицизин) были действительно эффективны для подавления аритмий. Но в группе больных, принимавших эти препараты, смертность оказалась в 3 раза выше, чем в группе плацебо. Для поддержания синусового ритма после кардиоверсии у больных с мерцанием предсердий использовался хинидин. В результате у больных, принимавших препарат, частота рецидивов аритмии оказалась меньше, но смертность выше, чем в группе плацебо.

Диспансерные осмотры помогают выявить заболевание на ранней стадии и, проведя диспансеризацию среди работающего населения, мы уменьшим преждевременную смертность. Но

Чем экспертная оценка эффективности «высокотехнологичной операции в НИИ» отличается от экспертной оценки «скипидарных ванн Залманова»?

в исследовании, в котором оценивалось влияние скрининга на исход рака легкого, смертность на 1000 человек-лет наблюдения составила 3,2 в группе скрининга и 3,0 в группе контроля. В группе скрининга осмотр проводился 1 раз в 4 месяца. При выявлении рака больным сразу назначалось лечение. В группе контроля лечение начиналось после обращения за медпомощью.

В США был проведен массовый эксперимент с 500 мальчиками в возрасте от 5 до 13 лет, которых психологи характеризовали как склонных к правонарушениям. Половине из них (исследованию было рандомизированным) была назначена пятилетняя воспитательная программа: занятие с психологом, участие в общественных программах. Через 30 лет после завершения программы исследователи отслежили 97% участников (анкеты, данные судов, психиатрических клиник). Анкеты свидетельствовали о пользе программы, прошедшие ее отмечали «Я бы, вероятно, оказался в тюрьме», «Я думаю, что скатился бы до преступной жизни». Данные судов свидетельствовали о противоположном: 66% участников программы не имело официальных нарушений; в контрольной группе — 70% не имели зафиксированных нарушений. Аналогичные данные были по таким показателям, как склонность к алкоголизму, смертность, трудоустройство.

Таким образом, приходится констатировать, что в настоящее время тактика ведения пациентов складывается не столько из доказанных фактов преимуществ одного вида лечения над другим, сколько основывается на многочисленных социальных, психологических, финансовых, экономических, материально-технических и даже политических факторах.

ИнТерНьюс

В настоящее время эпилепсия считается самым распространенным неврологическим заболеванием в мире. Больные эпилепсией женщины вдобавок к общим сложностям, связанным с болезнью, испытывают ряд индивидуальных проблем, среди них пониженная фертильность, опасность припадка во время беременности, различные нарушения хода беременности

Т. Санджеев из Института медицины и технологий, Индия, акцентирует внимание на связи влияния гормональных и других факторов, связанных с беременностью и послеродовым периодом, и фармакокинетики противосудорожных лекарств. Препродовое воздействие высоких доз препаратов и политерапии приводит к нарушениям развития плода вплоть до нейрокогнитивного дефицита. Прием противосудорожных препаратов во время грудного вскармливания приводит к появлению следов этих веществ в организме новорожденных. Краеугольным камнем в решении проблем являются тщательный пересмотр используемых лекарств и разработка наиболее подходящей для каждого конкретного случая стратегии лечения при наступлении беременности. В этот период необходим регулярный мониторинг состояния плода, определение уровня альфа-фето-протеина в сыворотке крови, ультразвуковые исследования для выявления аномалий развития.

Также следует знать о множестве особенностей метаболизма будущей матери и плода, связанных с действием противосудорожных препаратов. Например, при приеме фенобарбитала, фенитоина, карбамазепина, окскарбазепина препараты для оральной контрацепции могут не оказывать эффективного действия, — отмечает автор исследования.

Источник: Vertigo.ru

Выпив чашечку кофе, люди становятся более разговорчивыми — они чаще говорят «да» и легче меняют свое мнение

К такому выводу пришли ученые из Квинслендского университета (Австралия), проводившие эксперименты с участием 140 студентов. В начале исследования всем участникам предлагалось ответить на вопросы об их отношении к эвтаназии и абортам. Затем студентам был предложен апельсиновый сок в неразбавленном виде либо сок с добавлением кофеина в количестве, эквивалентном двум чашкам кофе. После этого студенты ознакомились со статьями, в которых — с помощью веских аргументов — отстаивалась точка зрения, противоположная их собственной. В заключение студенты отвечали на те же вопросы, которые им были заданы в начале эксперимента. Выяснилось, что участники, употребившие кофеин, становились заметно разговорчивее и легче соглашались с контраргументами. По словам руководителя исследования Перл Мартин, эти сведения могут иметь далеко идущие последствия. Можно только догадываться, как кофеинсодержащие продукты, например кофе, чай, кола или энергетические напитки, могут повлиять на то, насколько человек верит теле- и радиорекламе или политическим заявлениям, прочитанному отзыву о фильме или, наконец, как он себя ведет на деловой встрече в момент обсуждения рабочих вопросов.

Источник: medportal.ru

Инфекций в Москве стало меньше

За 7 месяцев 2006 г., по сравнению с аналогичным периодом 2005 г., в Москве отмечалось снижение заболеваемости бактериальной дизентерией (на 42,2%); острым вирусным гепатитом А (на 48,9%); острым вирусным гепатитом В (на 28,9%); эпидемическим паротитом (на 27,6%); брюшным тифом (на 6 случаев); краснухой (в 7,5 раз); сифилисом (на 10,8%); гонореей (на 20,4%).

Источник: РБК

СОГЛАШЕНИЕ о создании Казахстанского национального отделения общества фармакоэкономических исследований

Астана

20 августа 2006 г.

1. Настоящим соглашением устанавливается факт создания Казахстанского национального отделения общества фармакоэкономических исследований (сокращенно КазНООФИ, на английском языке Kazakhstan Chapter of Society of Pharmacoeconomics Research, сокращенно — KazSPOR).

2. Целью создания КазНООФИ является развитие научных исследований в области клинко-экономического анализа, медицины доказательств, стандартизации и управления качеством медицинской помощи, системы рационального лекарственного обеспечения (формулярной системы), внедрение методологии и результатов исследований в практику здравоохранения Казахстана, в деятельность фармацевтической промышленности, организаций, ответственных за здоровье граждан, научно-исследовательских учреждений, обеспечение распространения знаний по клинко-экономическим исследованиям, привлечение широкого круга казахстанских медицинских работников к участию в организации и проведении клинко-экономических исследований, участие в подготовке специалистов, заинтересованных в клинко-экономических исследованиях и изучении результатов применения медицинских технологий.

3. КазНООФИ является самостоятельной, юридически независимой общественной организацией, основанной на индивидуальном членстве специалистов, действующей в соответствии с законодательством Казахстана с утвержденным в установленном порядке Уставом (Положением).



профессор Б.А. Айнабекова

4. КазНООФИ является функциональным отделением Межрегиональной общественной организации «Общество фармакоэкономических исследований» (МОООФИ — RSPOR), представляющей в регионе Международное общество фармакоэкономических исследований и оценки результатов (ISPOR).

5. Руководящие органы КазНООФИ избираются, процедуры и юридический статус устанавливаются согласно законодательству Казахстана.

6. Структура КазНООФИ предусматривает создание филиалов общества в областных центрах Казахстана.

7. КазНООФИ возглавляет Президент, представляющий без доверенности интересы организации в МОООФИ, ISPOR и иных международных организациях.

8. МОООФИ представляет КазНООФИ возможность использования методологии, разработанной в организации, право размещения информации на сайте МОООФИ (www.rspor.ru), публикации на безвозмездной основе материалов КазНООФИ научного (после научного рецензирования) и информационного характера (за исключением рекламных материалов) в соответствующем разделе журнала «Проблемы стандартизации в здравоохранении», участия во всех научно-практических мероприятиях МОООФИ, обучения специалистов в установленном порядке.

9. КазНООФИ представляет возможность МОООФИ участвовать во всех мероприятиях, проводимых КазНООФИ на территории Казахстана, представления и публикации результатов научных исследований, принимает на себя обязательства по организации распространения материалов, издаваемых МОООФИ в Казахстане.

От лица МОООФИ

Президент МОООФИ профессор П.А. Воробьев

От лица КазНООФИ профессор Б.А. Айнабекова

СВЕТСКАЯ ХРОНИКА

2. СТРУКТУРА И СОСТАВ ФОРМУЛЯРНОГО КОМИТЕТА

2.1. Формулярный комитет состоит из Председателя, заместителей председателя, ответственного секретаря и членов комитета.

Председатель Формулярного комитета, его заместители, председатели комиссий, руководитель секретариата и его заместители образуют Президиум Формулярного комитета. Председатель Формулярного комитета является председателем Президиума.

2.2. Председатель Формулярного комитета руководит работой комитета, утверждает планы работ, проводит заседания и представляет комитет в государственных и общественных организациях.

2.3. Заместители Председателя Формулярного комитета проводят заседания Формулярного комитета по поручению Председателя Формулярного комитета.

2.4. Секретариат Формулярного комитета возглавляет Ответственный секретарь. Секретариат отвечает за подготовку повестки заседаний, оформление протоколов заседаний Президиума и комиссий, делопроизводство, ведение архива Формулярного комитета.

2.5. Члены Формулярного комитета участвуют в работе комиссий Формулярного комитета с правом решающего голоса; рассмотрение информационных материалов о новых технологиях, научных доказательствах эффективности и клинко-экономической целесообразности использования лекарственных средств, представление на заседание Формулярного комитета и его комиссий экспертных заключений по полученным материалам.

В составе Формулярного комитета образуются постоянно действующие комиссии, по вопросам, входящим в компетенцию Формулярного комитета, а также временные рабочие группы по сложным специальным вопросам.

2.6. В составе Формулярного комитета создаются:

а) фармацевтическая комиссия для рассмотрения вопросов, связанных с организационными процессами лекарственного обеспечения;

б) клинические комиссии для рассмотрения вопросов применения лекарственных средств с учетом протоколов ведения больных и стандартов медицинской помощи при заболеваниях:

- желудочно-кишечного тракта;
- сердечно-сосудистой системы;
- органов дыхания;
- центральной нервной системы;
- эндокринной системы;
- мочеполовой системы и акушерско-гинекологических;
- злокачественных и иммунной системы;
- системы кровотока и нарушениях водно-электролитного обмена и обмена веществ;
- опорно-двигательного аппарата;
- офтальмологических;
- ЛОР-органов;

Продолжение на стр. 3

В допетровские времена Новый Год справляли 1 сентября, что по новому стилю соответствует ночи с 13 на 14 сентября. В 2006 г. на эту дату выпало решение Президиума Российской академии медицинских наук об утверждении Положения о Формулярном комитете и его состава. Предшествовало этому долгое согласование юридических деталей. Например, в Формулярном комитете появились региональные представители, давно сотрудничающие с ним, но не имевшие такого статуса. В одном из положений, утвержденных ранее, в состав Формулярного комитета уже входили члены, представляющие субъекты Российской Федерации, но их деятельность никак не регламентировалась, и по сути это было формальное включение мертвых душ в список.

Формулярный комитет обрел статус

Решение Президиума РАМН ставит запятую (не точку) в долгом процессе существования Формулярного комитета, который медленно приближается к своему десятилетию.

Собственная информация

УТВЕРЖДЕНО

Постановлением Президиума РАМН
от «13» сентября 2006 г.

Президент РАМН М.И. Давыдов

ПОЛОЖЕНИЕ О ФОРМУЛЯРНОМ КОМИТЕТЕ

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Формулярный комитет является экспертным органом Президиума Российской академии медицинских наук и работает по поручению Президиума Российской академии медицинских наук.

1.2. Формулярный комитет разрабатывает рекомендации и предложения в соответствии с возложенными на него задачами и представляет на рассмотрение Президиума Российской академии медицинских наук и в федеральные органы исполнительной власти в сфере здравоохранения.

1.3. Формулярный комитет в своей работе руководствуется федеральными законами, указами Президента РФ, постановлениями и распоряжениями Правительства РФ, приказом Минздрава России от 26.03.01 № 88 «О введении в действие отраслевого стандарта Государственный информационный стандарт лекарственного средства. Основные положения», приказом Минздрава России от 21.10.02 № 321 «О введении в действие отраслевого стандарта Порядок организации работы по формированию Перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств», приказом Минздрава России от 27.08.02 № 163 «Об утверждении отраслевого стандарта Клинко-экономические исследования. Общие положения», другими нормативными правовыми актами в области лекарственного обеспечения и стандартизации, постановлениями Президиума РАМН, приказами РАМН, а также Уставом РАМН и настоящим Положением.

1.4. Персональный состав Формулярного комитета утверждаются Президентом Российской академии медицинских наук.

Начало на стр. 2

— дерматологических;
— инфекционных,
а также:
— иммунологических препаратов и вакцин;
— лекарственных средств, применяемых в анестезиологии и реаниматологии.

2.7. Председатели комиссий проводят заседания комиссии, формируют предложения по составу комиссии.

2.8. Президиум Формулярного комитета рассматривает и принимает предложения комиссий по внесению изменений и дополнений в нормативные документы, регулирующие объемы и качество оказания медицинской помощи — перечни лекарственных средств, протоколы ведения больных, стандарты медицинской помощи.

2.9. Члены Формулярного комитета осуществляют работу в соответствии с планами, утвержденными Председателем Формулярного комитета.

3. ЗАДАЧИ ФОРМУЛЯРНОГО КОМИТЕТА

3.1. Основными задачами Формулярного комитета являются:

а) рассмотрение предложений о внесении изменений и дополнений в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств;

б) формирование и регулярный пересмотр Перечня жизненно необходимых лекарственных средств Формулярного комитета;

в) формирование и регулярный пересмотр Перечня лекарственных средств для оказания медицинской помощи в условиях стационара (стационарный формуляр) Формулярного комитета;

г) формирование и регулярный пересмотр Перечня лекарственных средств для оказания амбулаторно-поликлинической помощи (амбулаторный формуляр) Формулярного комитета;

д) формирование и регулярный пересмотр негативного перечня медицинских технологий Формулярного комитета;

е) формирование и регулярный пересмотр перечня редко применяемых (сиротских) медицинских технологий Формулярного комитета;

ж) формирование и регулярный пересмотр перечня медицинской техники и изделий медицинского назначения;

з) разработка рекомендаций по рациональному применению лекарственных средств;

и) разработка и актуализация списка аналоговой замены лекарственных средств;

к) подготовка предложений по целесообразности регистрации и перерегистрации лекарственных средств в Российской Федерации с учетом данных фармакоэпидемиологических и фармакоэкономических исследований;

л) участие в подготовке Федерального руководства по использованию лекарственных средств;

м) участие в подготовке Государственного реестра лекарственных средств;

н) формирование и регулярное переиздание Справочника лекарственных средств Формулярного комитета;

о) участие в работе по формированию протоколов ведения больных, стандартов медицинской помощи.

4. ФУНКЦИИ ФОРМУЛЯРНОГО КОМИТЕТА

4.1. Исходя из основных задач функциями Формулярного комитета являются:

а) участие в ежегодном пересмотре Перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств; ежегодный пересмотр Перечня жизненно необходимых лекарственных средств Формулярного комитета; Перечня лекарственных средств для оказания медицинской помощи в условиях стационара (стационарный формуляр) Формулярного комитета; Перечня лекарственных средств для оказания амбулаторно-поликлинической помощи (амбулаторный формуляр) Формулярного комитета; негативного перечня медицинских технологий Формулярного комитета; перечня редко применяемых (сиротских) медицинских технологий Формулярного комитета;

б) анализ и оценка данных внедрения протоколов ведения больных, стандартов медицинской помощи в медицинских учреждениях;

в) научная оценка результатов клинических, клинико-экономических и фармакоэпидемиологических исследований;

г) анализ международного опыта по формированию и внедрению формулярной системы, системы рационального лекарственного обеспечения;

д) ежегодный пересмотр Справочника лекарственных средств Формулярного комитета;

е) научная оценка медицинских технологий;

ж) подготовка рекомендаций по рациональному выбору и применению медицинских технологий.

5. ПОРЯДОК РАБОТЫ ФОРМУЛЯРНОГО КОМИТЕТА

5.1. Формулярный комитет работает в соответствии с утвержденным планом работы. Заседания его Президиума проводятся не реже 1 раза в квартал.

Порядок деятельности Формулярного комитета, организация его работы, а также оформление и утверждение разрабатываемых им документов определяется Регламентом работы Формулярного комитета, утверждаемым Председателем Формулярного комитета.

Заседания Президиума считаются правомочными, если на них присутствовало более половины членов. Решения Президиума Формулярного комитета принимаются на заседании единогласно.

5.2. Заседания фармацевтической и клинических комиссий Формулярного комитета проводятся по мере необходимости по решению их председателей. Заседания комиссий

являются правомочными, если в них принимало участие более двух третей членов. Решения комиссий принимаются единогласно. Спорные вопросы выносятся на рассмотрение Президиума Формулярного комитета, решения которого являются окончательными.

Заседания Президиума комитета и комиссий оформляются протоколом.

Состав Формулярного комитета

1	Воробьев Андрей Иванович	Председатель Формулярного комитета
2	Егоров Алексей Михайлович	Заместитель Председателя Формулярного комитета
3	Воробьев Павел Андреевич	Заместитель Председателя Формулярного комитета, Председатель гематологической комиссии
4	Чучалин Александр Григорьевич	Заместитель Председателя Формулярного комитета
5	Насонов Евгений Львович	Председатель ревматологической комиссии
6	Хайтов Рахим Мусаевич	Заместитель Председателя ревматологической комиссии
7	Каратеев Дмитрий Евгеньевич	Заместитель Председателя ревматологической комиссии
8	Белюсов Юрий Борисович	Председатель комиссии по клинической фармакологии и клинической эпидемиологии
9	Власов Василий Викторович	Заместитель Председателя комиссии по клинической фармакологии и клинической эпидемиологии
10	Авксентьева Мария Владимировна	Заместитель Председателя комиссии по клинической фармакологии и клинической эпидемиологии
11	Богомолов Борис Павлович	Председатель инфекционной комиссии
12	Бунятян Армен Артаваздович	Председатель комиссии «Анестетики, миорелаксанты, средства для наркоза»
13	Власов Павел Васильевич	Председатель диагностической комиссии
14	Герасимов Владимир Борисович	Председатель комиссии «Витамины и минералы»
15	Гогин Евгений Евгеньевич	Председатель кардиологической комиссии
16	Савенков Михаил Петрович	Заместитель Председателя кардиологической комиссии
17	Городецкий Владимир Матвеевич	Заместитель Председателя гематологической комиссии
18	Ноников Владимир Евгеньевич	Председатель пульмонологической комиссии
19	Яхно Николай Николаевич	Председатель неврологической комиссии
20	Парфенов Владимир Анатольевич	Заместитель Председателя неврологической комиссии
21	Майчук Юрий Федорович	Председатель офтальмологической комиссии
22	Дедов Иван Иванович	Председатель эндокринологической комиссии
23	Мельниченко Галина Афанасьевна	Заместитель Председателя эндокринологической комиссии
24	Яковенко Эмилия Прохорова	Председатель гастроэнтерологической комиссии
25	Серов Владимир Николаевич	Председатель гинекологической комиссии
26	Гус Александр Иосифович	Заместитель Председателя гинекологической комиссии
27	Лоран Олег Борисович	Председатель урологической нефрологической комиссии
28	Потекаев Николай Сергеевич	Председатель дерматологической комиссии
29	Давыдов Михаил Иванович	Председатель онкологической комиссии
30	Бондарь Игорь Витальевич	Заместитель Председателя онкологической комиссии
31	Батурин Владимир Александрович	Региональный представитель Формулярного комитета в Ставропольском крае
32	Кузнецов Сергей Иванович	Региональный представитель Формулярного комитета в Самарской области
33	Муратова Нина Павловна	Региональный представитель Формулярного комитета в Свердловской области
34	Сулейманов Салават Шейхович	Региональный представитель Формулярного комитета в Хабаровском крае
35	Хохлов Александр Леонидович	Региональный представитель Формулярного комитета в Ярославской области
36	Цомык Владимир Герцевич	Региональный представитель Формулярного комитета в Москве
37	Сура Мария Владимировна	Руководитель Секретариата Формулярного комитета
38	Яворский Александр Николаевич	Заместитель Руководителя Секретариата Формулярного комитета
39	Барышев Петр Николаевич	Секретарь Формулярного комитета
40	Деркач Елена Владимировна	Секретарь Формулярного комитета
41	Тюрина Ирина Вячеславовна	Секретарь Формулярного комитета
42	Максимова Лариса Валентиновна	Секретарь Формулярного комитета

ИнтерНьюс

Согласно исследованию, опубликованному в журнале Американской медицинской ассоциации, если женщина кормит грудью не менее года, то у нее уменьшается риск развития диабета на 15 процентов в течение последующих 15 лет жизни

Давно известно, что достаточно длительное грудное вскармливание полезно для детей. Однако в этом исследовании обнаружено, что оно также полезно и для мам. Американская Академия педиатрии рекомендует матерям кормить своих детей грудью, по крайней мере, в течение 1 года для того, чтоб обеспечить их нормальный рост, развитие и укрепить здоровье. Указанные наблюдения основаны на обследовании 157000 матерей, которое проводилось в 1970 году и возобновлено в 1989. В этих исследованиях, которые проводились каждые два года, женщины сообщали о количестве выкормленных грудью детей, длительности грудного вскармливания и о ряде других вопросов, касающихся состояния здоровья. В опроснике был также вопрос относительно времени установки врачебного диагноза сахарного диабета второго типа — «взрослый» вариант диабета. Причем, чем дольше женщина кормила грудью, тем больше увеличивались ее шансы избежать диабета.

Источник: www.detnews.com

Исследования ученых Йельского университета (США) доказывают, что потеря работы в возрасте 50—60 лет удваивает риск сердечных заболеваний и инсульта

Первый этап медицинского исследования прошел в 1992 г. В него было вовлечено 7511 работающих человек в возрасте 50—60 лет, затем на протяжении 14 лет отслеживалось состояние их здоровья. В 2006 г. было проанализировано состояние здоровья 4301 человека: 3719 работающих и 582 уволенных работодателем. В исследовании не изучалось здоровье 3210 человек (600 умерло, 1200 человек уволилось, 450 временно не работало, 960 человек работало неполную рабочую неделю). Из 4301 человека 202 перенесли сердечные приступы, около 10% (23 случая) приступов случилось у безработных. Кроме того, 140 человек перенесли инсульт, около 24% (33 случая) инсультов — у безработных, причем 9% (13 случаев) инсультов произошло после потери работы. С учетом факторов риска (диабет, курение, лишний вес, гипертония) в группе безработных риск сердечного приступа составил 2,5%, инсульта — 2,4%. На основании этого ученые сделали вывод, что у безработных людей старше пятидесяти вероятность сердечного приступа или инсульта вдвое выше, чем у продолжающих работать. Результаты исследования показывают, чтобы истинные издержки безработицы превышают очевидные экономические затраты и включают отрицательные последствия для здоровья. Потеря работы вредна для здоровья, потому что лишает человека привычного образа жизни, приводит к утрате источника внутренней удовлетворенности, нарушению ритма жизни: разрыву повседневных связей с коллегами по работе. Для пожилого человека это — результат навязанной ему ситуации, которая, как правило, противоречит его намерениям, а потому и воспринимается болезненно.

Источник: www.newsinfo.ru

Механическая очистка кишечника в подготовке к колоректальной операции увеличивает, а не уменьшает, риск развития осложнений

Авторы недавно проведенного в Дании исследования сообщают о результатах исследования данных 11 рандомизированных клинических исследований, включавших в себя 2275 пациентов, которым проводились колоректальные хирургические манипуляции. На основании полученных результатов авторы делают вывод, что механическая очистка кишечника увеличивает риск развития инфекции и кровотечений.

Источник:

ASCRS 2006 Annual Meeting: Poster 10. June, 2006

ИнтерНьюс

Больших успехов добились специалисты клиники для тех, кто находится в психологической зависимости от компьютерных игр

Согласно исследованиям, проведенным компанией ДиСиЭф Интеллидженс, к 2011 году объем продаж компьютерных игр через Интернет по всему миру возрастет до 13 млрд. долларов. При том, что еще в прошлом году он составлял лишь 3,4 млрд. долларов. По прогнозам компании, в этом году 114 млн. людей будут играть в видеоигры.

Все большую популярность приобретает в Амстердаме клиника для тех, кому компьютерная реальность заменила жизнь. Эта клиника пока единственная в Европе. Сама атмосфера здания 16-го века, расположенного на берегу одного из каналов Амстердама, способствует тому, что заядлым любителям компьютерных игр хочется вернуться к нормальной жизни. Специалисты компании, два года управляющие уникальной клиникой, уверены, что люди, для которых погружение в виртуальную реальность из развлечения превратилось в необходимое условие жизни, нуждаются в лечении, хотя психологи пока сомневаются, можно ли считать компьютерные игры такой же патологией, как наркотики, алкоголь или азартные игры. В клинике есть индивидуальные однодневные программы лечения и групповые курсы, длящиеся от четырех до шести недель. Как правило, люди, ушедшие с головой в мир видеоигр, забывают обо всем на свете, кроме компьютера. В особо запущенных случаях они не думают ни о сне, ни о приеме пищи, изредка «подкрепляя силы» глотком алкоголя или дозой стимулятора. Один 21-летний пациент клиники признался, что не выходил из своей комнаты пять лет! За это время он сильно набрал в весе и начал принимать наркотики. Иногда в пагубном пристрастии «подростков-игроманов» бывают виноваты родители, которые радуются, что их чада играют на компьютере, а не мелькают перед глазами и при этом держатся подальше от улицы.

Лечение в клинике не покрывается медицинской страховкой. Пациенты должны платить по 500 евро в день за пребывание в стационаре. Но самая большая сложность при завершении курса лечения состоит в том, что, выписавшись, пациент будет каждый день сталкиваться с теми же проблемами, которые и привели его в клинику.

Источник: www.ami-tass.ru

В желании достичь идеала одни готовы сидеть на диете до полного изнеможения, другие, напротив, не знают, как бы сделать выступающие части округлей и глаже

Однако, физические нагрузки и наследственность определяют далеко не все: не в последнюю очередь изгибы тела зависят от времени года. Сезонные изменения заставляют подкожные жировые отложения перемещаться, меняя фигуру тем или иным образом. Эту закономерность обнаружили канадские ученые. Сезонная «миграция» жиров связана с колебаниями уровня тестостерона в крови. Этот половой гормон, часто ассоциирующийся с агрессивностью и объемом мышечной массы, имеется как у мужчин, так и у женщин, но в зависимости от пола оказывает на фигуру прямо противоположный эффект. С наступлением лета уровень тестостерона у всех людей повышается. При этом дамские формы становятся менее соблазнительными, оттого, что жир перемещается к талии. У мужчин снижение до минимума тестостерона в холодное время года, наоборот, заставляет увеличиваться жировые отложения в брюшной области. Таким образом, слабый пол отличается особенной пышностью форм зимой и весной, представители же сильного пола выглядят наиболее мужественно по весне, когда объем их талии и бедер выравнивается относительно друг друга и мужчина лишается зимней женственности.

Источник: Medicus.ru

ПРОТОКОЛ ПЛЕНАРНОГО ЗАСЕДАНИЯ МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ от 23.11.2005 г.

Председатель: академик А.И. Воробьев

Секретарь: к. м. н. Е.Н. Кочина

Повестка дня: **Лечение и профилактика неотложных состояний при сердечно-сосудистых заболеваниях.** А.П. Голиков, В.А. Рябинин

НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, Москва

Масштабные отрицательные изменения в состоянии здоровья населения в России резко контрастируют с положительными изменениями в развитых экономически и стабильных политически странах. Так, в США за последние 25–30 лет наблюдается снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, в России не менее масштабное возрастание.

Среди острых состояний при сердечно-сосудистой патологии следует указать острые коронарные синдромы, гипертонические кризы, инсульты, тромбоэмболии, разрывы аневризм и тромбозы артерий.

Основной причиной острых состояний является атеросклероз с регионарными расстройствами кровообращения. Общими элементами патогенеза являются повреждение атеросклеротической бляшки, тромбоз сосуда, спазм артерий, разрыв сосуда, регионарная ишемия, воспаление, нарушение функции органов — мишеней.

Принципиальным в оказании эффективной помощи при неотложных состояниях, сопровождающихся расстройством кровообращения, является фактор времени или так называемая стратегия «золотого часа», восстановление нормального кровообращения и цитопroteкция в органе, подвергнувшись ишемии, а также стимуляция репаративных процессов.

Алгоритм лечения острого коронарного синдрома отработан. Выраженный болевой синдром с подъемом сегмента ST на ЭКГ является основанием для ревазкуляризации тромбированной коронарной артерии средствами тромболитика и ангиопластики. Без подъема сегмента ST проводится медикаментозная симптоматическая или цитопroteкторная терапия.

Исходя из прогноза острого коронарного синдрома, определяемого по рецидивам болей, динамике ЭКГ, уровню кардиоспецифических ферментов дифференцируется лечебная тактика. При низком риске инфаркта миокарда продолжается медикаментозная терапия и при стабилизации состояния проводится проба на скрытую коронарную недостаточность на основании данных стресс-теста. При низкой толерантности к физической нагрузке проводится коронарография с последующей ангиопластикой или коронарным шунтированием.

Наиболее широкое практическое применение из методов ревазкуляризации получила при инфаркте миокарда тромболитическая терапия. Стратегия «золотого часа» подтвердилась в убывающей эффективности тромболитика по степени снижения летальности в первые 30 дней от начала инфаркта миокарда: при тромболитике на первом часу летальность снижается на 47%, на шестом часу — на 17%.

Ревазкуляризация приводит к отграничению зоны некроза. При отсутствии ревазкуляризации данный процесс растягивается во времени, длительно существует перинфарктная зона, восстановление функции которой проблематично.

Ревазкуляризацию миокарда можно проводить и механически проводником с последующей ангиопластикой. По результатам обзора Cucherat M. ревазкуляризация с помощью первичной ангиопластики эффективнее тромболитика. Так при наблюдении за 2573 больными летальность после первичной ангиопластики снижалась на 32% против 23% при тромболитике в сравнении с обычным лечением больных без ревазкуляризации. Еще большие преимущества ангиопластики со стентированием коронарных артерий выражались в уменьшении на 50% частоты рецидивов инфаркта миокарда. Правда, преимущества ангиопластики исчезли при использовании тканевого активатора плазминогена.

Тем не менее, практическое внедрение неотложной ревазкуляризации миокарда весьма ограничено. Даже в специализированное лечебное заведение для оказания скорой медицинской помощи, каким является НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского, в первые 6 часов доставляются менее половины больных острым инфарктом. Из-за противопоказаний тромболитик проводится у 20% больных (по России 19%, в США почти у 80%). Эффективные тромболитические средства достаточно дороги. Но в России налаживается свой полученный путем генной инженерии эффективный тромболитик пулолаза (проурокиназа), который в 2 раза дешевле близкого по механизму действия зарубежного тромболитика — тканевого активатора плазминогена.

Ангиопластика в первые часы инфаркта миокарда предпочтительнее отсроченной ревазкуляризации. Так, по результатам исследования ISAR-COOL, первичная ангиопластика позволяет добиться снижения повторных инфаркта

ПРОТОКОЛЫ МГНОТ

миокарда и смерти с 12% до 6% по сравнению с отсроченной. Однако, первичная ангиопластика — очень дорогостоящий способ лечения, так как при малом числе больных, поступающих в первые часы от начала инфаркта, необходимо содержать круглосуточную ангиографическую службу. Исследование «Rescue» подтвердило эффективность вторичной ангиопластики, проводимой после тромболитика: риск смерти при переднем инфаркте в течение 30 дней снижался на 45% в сравнении с системным тромболитиком.

В Москве за 2004 год в лечебных учреждениях городского подчинения выполнено 2736 операций ревазкуляризации миокарда при всех вариантах ИБС. Однако, только в Столице более 1 млн. больных ИБС. Ситуация по России в целом изучена недостаточно. Однако, можно не сомневаться, что для миллионов больных ИБС невозможно предложить хирургическую ревазкуляризацию ни по экономическим, ни по кадровым возможностям.

Ограниченность внедрения в практическом здравоохранении методов ревазкуляризации миокарда находит подтверждение в данных Российского регистра острого коронарного синдрома: частота смерти и инфаркта миокарда при остром коронарном синдроме в России достигает 30,3%, а в Москве 44%.

В столице с большим числом оснащенных больниц, на базе которых располагаются немало кафедр и специализированных центров, стационарная летальность при инфаркте высокая — 19,3% и не снижается многие годы. Внедрение



всех вариантов ревазкуляризации миокарда в НИИ Скорой помощи позволило добиться снижения летальности до 9%.

Другое острое состояние — гипертонические кризы — могут сопровождаться острой сердечной недостаточностью, острым коронарным синдромом, нарушениями мозгового кровообращения, ритма сердца, носовыми кровотечениями. По данным НИИ скорой помощи частота осложнений гипертонических кризов достигает 30% и коррелирует со стратификацией риска у больных артериальной гипертензией. Указанная стратификация принята Всероссийским научным обществом кардиологов в Томске в 2004 году. Очень высокий риск свойственен артериальной гипертензии 3 степени (более 180/110 мм рт. ст.) в сочетании с ассоциированными клиническими состояниями или сахарным диабетом.

В НИИ скорой помощи в течение многих лет проводились исследования при гипертоническом кризе. Одним из выводов этих исследований было установление факта относительной устойчивости нейрогуморальных механизмов, способствующих развитию криза и поддерживающих риск его рецидива. В большинстве случаев кризы имеют тенденцию к рецидиву через небольшой временной промежуток, если вслед за неотложной гипотензивной терапией не следует немедленно назначение поддерживающей гипотензивной терапии.

Существенное влияние на смертность оказывает инсульт. Точной статистики по стране в целом нет, но по данным регистра инсульта в России, учитывающим отдельные эпидемиологические данные по регионам, можно предполагать, что ежегодно в России инсульт возникает у почти 450 000 человек. Летальность в течение года высокая — в среднем 50%. К труду возвращаются не более 15%; госпитализируется в России 60% больных, а в Европе 70–88%. Лечение на дому проводилось у 34% больных с крайне высокой летальностью, достигающей 67%.

Среди всех случаев инсульта преобладают инфаркты мозга (66%). Частота внутримозговых кровоизлияний составила 14%, субарахноидальных — 3%, недифференцированные инсульты отмечены в 19%.

Основными факторами риска развития инсульта являются:

- артериальная гипертензия с резкими колебаниями АД и нарушениями нормального суточного ритма АД (отсутствие или недостаточное снижение АД в ночное время, на поздних стадиях или резкое снижение АД ночью);
- атеросклероз магистральных артерий снабжающих кровью головной мозг;
- заболевания сердца с высоким эмбологенным потенциалом (мерцательная аритмия при ишемической болезни сердца и ревматических пороках сердца, эндокардиты и др.);

Продолжение на стр. 7 ➤

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., Какорина Е.П., Мадьянова В.В., Ходунова А.А., Лукьянцева Д.В., Воробьев П.А., Авксентьева М.В. и др.

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

СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ГАСТРОЭЗОФАГАЛЬНЫМ РЕФЛЮКСОМ

1. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА

Категория возрастная: взрослые, дети

Нозологическая форма: гастроэзофагальный рефлюкс

Код по МКБ-10: K 2.01, K21.9

Фаза: обострение

Стадия: все стадии

Осложнение: без осложнений

Условие оказания: амбулаторно-поликлиническая помощь

Приложение
к приказу Министерства
здравоохранения и социального развития
Российской Федерации
от 22 ноября 2004 г. № 247

1.1. ДИАГНОСТИКА

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.16.001	Сбор анамнеза и жалоб при болезнях пищевода, желудка, 12-перстной кишки	1	1
A01.16.002	Визуальное исследование при болезнях пищевода, желудка, 12-перстной кишки	1	1
A01.16.003	Пальпация при болезнях пищевода, желудка, 12-перстной кишки	1	1
A01.16.004	Перкуссия при болезнях пищевода, желудка, 12-перстной кишки	1	1
A01.16.005	Аускультация при болезнях пищевода, желудка, 12-перстной кишки	1	1
A02.12.001	Измерение частоты пульса	1	1
A02.12.002	Измерение артериального давления	1	1
A03.16.001	Эзофагогастродуоденоскопия	1	1
A08.05.003	Исследование уровня эритроцитов	1	1
A08.05.004	Исследование уровня лейкоцитов в крови	1	1
A08.05.006	Соотношение лейкоцитов в крови (подсчет формулы крови)	1	1
A08.05.009	Определение цветового показателя	1	1
A08.16.004	Исследование материала желудка на наличие хеликобактериоза	1	1
A09.05.003	Исследование уровня общего гемоглобина в крови	1	1
A09.19.002	Исследование кала на скрытую кровь	1	1
A12.05.001	Исследование оседания эритроцитов	1	1
A06.16.001	Рентгеноскопия пищевода	0,5	1
A09.16.004	Внутрижелудочное определение концентрации водородных ионов в желудочном содержимом (рН)	0,1	1
A04.14.002	Ультразвуковое исследование желчного пузыря	0,5	1
A04.15.001	Ультразвуковое исследование поджелудочной железы	0,5	1
A11.16.001	Биопсия пищевода с помощью эндоскопа	0,3	1
A08.16.001	Морфологическое исследование препарата тканей пищевода	0,3	1

1.2. ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА ОДНОГО МЕСЯЦА

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.16.001	Сбор анамнеза и жалоб при болезнях пищевода, желудка, 12-перстной кишки	1	1
A01.16.002	Визуальное исследование при болезнях пищевода, желудка, 12-перстной кишки	1	1
A01.16.003	Пальпация при болезнях пищевода, желудка, 12-перстной кишки	1	1
A25.16.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях пищевода, желудка, 12-перстной кишки	1	1
A25.16.002	Назначение диетической терапии при заболеваниях пищевода, желудка, 12-перстной кишки	1	1
A25.16.003	Назначение лечебно-оздоровительного режима при заболеваниях пищевода, желудка, 12-перстной кишки	1	1
A08.16.004	Исследование материала желудка на наличие хеликобактериоза	0,3	1
A03.16.001	Эзофагогастродуоденоскопия	0,3	1
A09.19.002	Исследование кала на скрытую кровь	0,1	1
A08.16.001	Морфологическое исследование препарата тканей пищевода	0,3	1
A11.16.001	Биопсия пищевода с помощью эндоскопа	0,3	1
A09.16.004	Внутрижелудочное определение концентрации водородных ионов в желудочном содержимом (рН)	0,01	1

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД**	ЭКД***
Средства для лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта			1		
	<i>Антациды</i>		0,3		
		Алгелдрат + гидроксид магния	1	40 мл	1 120 мл
	<i>Прокинетики</i>		0,3		
		Домперидон	1	30 мг	840 мг
	<i>Блокаторы H2-гистаминовых рецепторов</i>		0,1		
		Ранитидин	0,5	300 мг	8400 г
		Фамотидин	0,5	40 мг	1 120 мг
	<i>Блокаторы протонного насоса</i>		0,9		
		Омепразол	0,5	30 мг	900 мг
		Рабепразол	0,5	15 мг	450 мг

* — анатомо-терапевтическо-химическая классификация.

** — ориентировочная дневная доза.

*** — эквивалентная курсовая доза.

СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ГИПОПАРАТИРЕОЗОМ

1. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА

Категория возрастная: взрослые, дети
Нозологическая форма: гипопаратиреоз
Код по МКБ-10: E20
Фаза: хроническая
Стадия: все стадии
Осложнение: вне зависимости от осложнений
Условие оказания: амбулаторно-поликлиническая помощь

Приложение
к приказу Министерства
здравоохранения и социального развития
Российской Федерации
от 11 марта 2004 г. № 213

1.1. ДИАГНОСТИКА

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.22.001	Сбор анамнеза и жалоб в эндокринологии	1	1
A01.31.015	Составление родословной	1	1
A01.22.002	Визуальное исследование в эндокринологии	1	1
A01.22.003	Пальпация в эндокринологии	1	1
A02.01.001	Измерение массы тела	1	1
A02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	1
A02.10.002	Измерение частоты сердцебиения	1	1
A11.05.001	Взятие крови из пальца	1	1
A11.12.009	Взятие крови из периферической вены	1	1
A09.05.032	Исследование уровня общего кальция в крови	1	1
A09.05.033	Исследование уровня фосфора в крови	1	1
A09.05.017	Исследование уровня мочевины в крови	1	1
A09.05.020	Исследование уровня креатинина в крови	1	1
A09.05.059	Исследование уровня паратгормона	0,5	1
A09.05.031	Исследование уровня калия в крови	1	1
A09.05.030	Исследование уровня натрия в крови	1	1
A09.05.140	Исследование уровня общего кортизола крови	0,5	1
A09.28.038	Исследование уровня свободного кортизола в моче	0,3	1
B01.029.01	Прием (осмотр, консультация) окулиста	1	1
B01.023.01	Прием (осмотр, консультация) невролога первичный	0,5	1
A06.23.004	Компьютерная томография головы с контрастированием структур головного мозга	0,3	1
A05.23.002	Ядерно-магнитно-резонансная томография центральной нервной системы и головного мозга	0,5	1
A06.03.038	Рентгенография кисти руки	0,1	1

1.2. ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА 12 МЕСЯЦЕВ

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.22.001	Сбор анамнеза и жалоб в эндокринологии	1	4
A01.22.002	Визуальное исследование в эндокринологии	1	4
A01.22.003	Пальпация в эндокринологии	1	4
A02.01.001	Измерение массы тела	1	1
A02.03.005	Измерение роста	1	1
A02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	4
A02.10.002	Измерение частоты сердцебиения	1	4
A11.05.001	Взятие крови из пальца	1	4
A11.12.009	Взятие крови из периферической вены	1	4
A09.05.031	Исследование уровня калия в крови	1	4
A09.05.030	Исследование уровня натрия в крови	1	4
A09.05.140	Исследование уровня кортизола крови	1	4
A09.05.033	Исследование уровня фосфора в крови	1	4
A09.05.020	Исследование уровня креатинина в крови	1	1
A09.05.017	Исследование уровня мочевины в крови	1	1
B01.029.01	Прием (осмотр, консультация) окулиста	1	1
A13.31.001	Обучение самоуходу	1	1
A06.03.038	Рентгенография кисти руки	0,1	1
A25.22.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях желез внутренней секреции	1	4

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД**	ЭКД***
Средства для лечения остеопороза			1		
	<i>Стимуляторы остеобразования</i>		1		
		Кальцитриол	0,5	2 мкг	730 мкг
		Альфакальцидол	0,5	2 мкг	730 мкг

* — анатомо-терапевтическо-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:

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

Купон высылайте в конверте по адресу:

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

Начало на стр. 4 ↗

- аневризмы сосудов головного мозга;
- антифосфолипидный синдром.

Интенсивная терапия в сроки «золотого часа» при инсульте направлена на сохранение перфузии мозга, профилактику спазма артерий, отека мозга и включает в себя 4 принципа: гемодилюция, гиперволемия, гипертензия, гипертония. Все варианты лечения проводятся только под контролем за внутричерепным давлением и неврологической симптоматикой.

Стратегия «золотого часа» при лечении инсульта оказалась малоэффективна. Основные положительные результаты лечения связаны со вторичной нейропротекцией спустя 48–72 часа и с некоторым ускорением репаративных процессов на основе применения высоких доз ноотропных средств — пирацетама, активаторов биосинтеза ацетилхолина с антиоксидантными свойствами цитиколина и глиатилина.

В последние годы, в частности в НИИ скорой помощи, применяется ранняя хирургическая тактика при лечении инсультов. Она преследует предупреждение повторного кровоизлияния, ишемических осложнений сосудистого спазма, предупреждение дислокации и компрессии мозга. Ее арсенал помимо открытых операций обогатился малоинвазивными закрытыми операциями в виде локальной пункционной аспирации гематом под контролем стереотаксической техники, локальным фибринолизом гематом с последующей аспирацией, клипированием аневризм мозговых артерий или их эндоваскулярной эмболизацией. Такая тактика, основанная на усовершенствовании отбора больных для операций, сопровождается улучшением результатов лечения и снижением летальности в сравнении со средними городскими, при внутримозговых кровоизлияниях 34% против 66%, при субарахноидальном кровоизлиянии 28% против 46%.

Говоря об острых состояниях, нельзя обойти проблему тромбозов и тромбоэмболии легочной артерии. Источником тромбоэмболий чаще всего являются флотирующие тромбы глубоких вен голени, бедренных, подвздошных вен. Число этих больных продолжает увеличиваться. А методы лечения не приносят улучшения исходов. При массивной тромбоэмболии после установки кава-фильтра используется тромболитическая и симптоматическая интенсивная терапия с вспомогательным дыханием и вазопрессорами. При менее массивной проводится лечение антикоагулянтами и дезагрегантами. По данным В.С. Савельева, летальность при тромбоэмболии достигает в среднем 30%. Профилактика основывается на лечении заболеваний вен голени, замене травматических полостных операций видеоскопическими, ранней послеоперационной мобилизации, назначении антикоагулянтов и дезагрегантов, использовании кава-фильтра при обнаружении флотирующих тромбов или пликация нижней полой вены.

Разрывы аневризм аорты являются хирургической проблемой. Частота этого осложнения значительна — до 29 случаев на 100 000 населения в год. В Москве эта патология достигает 2000 больных в год. Летальность при разрыве брюшного отдела аорты остается очень высокой — 65%, а грудной аорты — 92%, не смотря даже на лечение в специализированных кардиохирургических отделениях с возможностью компьютерной томографии, искусственного кровообращения, протезирования сосудов, стентирования.

К сожалению, успехи новых технологий лечения, доказавших возможность снижения летальности в ограниченных группах больных, не распространяются на огромное число таких больных и не отразились на населении России в целом. Успехи в ургентной медицине следует сравнить с возможностями профилактического направления.

Следует выделить активно развивающееся хирургическое направление предупреждения острых сердечно-сосудистых заболеваний. Для острого коронарного синдрома это, прежде всего, ангиопластика со стентированием коронарных артерий и коронарное шунтирование. В США проводится более 700 000 операций ангиопластики и более 600 000 операций шунтирования в год. Данный показатель для северной Америки и Европы соответствует только 30–40% от количества нуждающихся. В России число таких операций катастрофически мало и они составляют менее 3% от нуждающихся в них.

До сих пор остаются некоторые сомнения в отношении доказательной базы операций реваскуляризации миокарда. Американская кардиологическая ассоциация в 2000 году вынуждена была признать, что не смотря на множество отчетов относительно исходов этих операций, национальные данные до настоящего времени недостаточны репрезентативной оценкой. Пол, возраст, раса, присутствие других болезней и вариаций в выраженности сердечно-сосудистой болезни все воздействует на исход или прогноз. Сочетание с другими методами лечения, типами диет и упражнений, с лекарственными препаратами воздействует на отдаленный исход больных, которым провели эти процедуры. Факторы, связанные с опытом докторов, исполняющих операции и другие факторы могут воздействовать на исход этих операций.

Более определенная ситуация сложилась в отношении профилактики нарушений мозгового кровообращения. В частности, явная профилактическая эффективность эндартер-

эктомии при атеросклеротических стенозах сонных артерий. Исследование NASCET, проведенное у 1212 больных остановлено досрочно из-за явных преимуществ хирургических методов перед аспирином. Особенно эффективна каротидная эндартерэктомия у пожилых пациентов с выраженным стенозом сонной артерии свыше 50%.

В НИИ скорой помощи число операций эндартерэктомии на брахиоцефальных артериях за 10 лет увеличилось в 6 раз. Следует подчеркнуть, что любая успешная операция на сосудах должна в последующем подкрепляться медикаментозным лечением, в частности ингибиторами ангиотензин превращающего фермента, дезагрегантами.

Выявление аневризм мозговых сосудов или артериовенозной мальформации и своевременная профилактическая операция с клипированием аневризм или при труднодоступных областях эндоваскулярной хирургии приводит к снижению летальности в 2 раза. Следует подчеркнуть, что большинство реконструктивных операций на сосудах относится к числу высокотехнологичных и дорогостоящих методов лечения, не оплачиваемых системой ОМС: их реальная стоимость с учетом расходного материала достигает десятков тысяч долларов.

В России миллионы больных гипертонической болезнью, коронарной патологией, цереброваскулярными болезнями. Одними хирургическими методами всех больных лечить невозможно. Говоря о профилактике следует обратиться к факторам риска сердечно-сосудистых заболеваний.



Среди них обращают внимание на факторы, не модифицируемые (пол, возраст), и факторы, модифицируемые как объектом медикаментозного и не медикаментозного вмешательства. По данным Национального института сердца, легких и крови США при комплексном устранении факторов риска летальность от ИБС может снижаться на 80%. Однако в наблюдаемой группе этого удалось добиться только у 5–10%.

Данные Ebrahim S., основанные на 18 рандомизированных исследованиях, показали, что снижение смертности от комплексной коррекции факторов риска наблюдается, прежде всего, у больных с артериальной гипертонией, а коррекция последней является первоочередной целью в борьбе с осложнениями сердечно-сосудистых заболеваний.

Распространенность гипертонии в Европейской части России (данные исследования ЭПОХА) достигает среди населения 39,7%. При этом постоянно принимают гипотензивные лекарственные средства не более 21% мужчин и 46% женщин, а контроль АД на целевом уровне отмечается только у 17,5% женщин и 5,7% мужчин. Для лечения наиболее широко назначаются ингибиторы АПФ (32%), антагонисты кальция (29,5%), б-блокаторы (13,6%), блокаторы рецепторов ангиотензина (11,9%) и диуретики (6,6%). В последнее время вновь стали привлекать внимание гипотензивные препараты с центральным механизмом действия — селективные активаторы 11-имидазолиновых рецепторов, в частности моксонидин.

Принципиальным важным стало понимание необходимости комбинированной фармакотерапии для достижения целевого уровня АД и снижения вероятности развития осложнений гипертонической болезни. Фармакологическая монотерапия, на которую возлагались надежды в связи с появлением новых классов гипотензивных средств, в большей части случаев не обеспечивает достаточной коррекции АД и даже при очень высоких дозах лекарственных препаратов приводит к нормализации АД у 20–50% пациентов. Данные Mulrow S., основанные на обобщении результатов лечения 22000 больных диуретиками и б-блокаторами, доказывают реальную возможность снижения смертности на 14%, а при изолированной систолической гипертонии — на 34%.

Признаны целесообразными комбинации гипотензивных препаратов с различным механизмом действия: основным компонентом комбинации является диуретик. Исследование SHEP, проведенное у почти 5000 больных пожилого возраста показало, что данная комбинация способна снизить летальность от инсульта, сердечной недостаточности и всех сердечно-сосудистых заболеваний за 4–5 лет на 32%.

К настоящему времени установлено, что достижение целевого уровня АД имеет приоритет над способом его достижения. Обширное исследование «НОТ» доказало, что снижение риска инфаркта миокарда, инсульта и смерти на 30% достигается снижением не только систолического, но и диастолического АД практически любыми гипотензивными средствами.

Еще одним итогом стало понимание того, что успехи в лечении гипертонической болезни относятся больше к пре-

ИнтерНьюс

Долгое сидение перед телевизором или компьютером дезактивирует мышцы, которые поддерживают и защищают позвоночник, что является причиной болей в пояснице

Исследование Европейского космического агентства, проведенное в Берлине, Германия, показало, что отсутствие нагрузки на поддерживающие позвоночник мышцы может ослабить организм так же, как и физическая травма. Молодые люди, принимавшие участие в эксперименте, в течение восьми недель находились на постельном режиме. Ультразвуковое исследование показало, что в большинстве случаев поясничной боли мышцы, поддерживающие позвоночник, а также мышцы, скрепляющие таз, бездействуют. В норме эти мышцы постоянно работают, чтобы поддерживать и защищать нижнюю часть спины. Обследование через шесть месяцев после прекращения постельного режима показало, что поддерживающие позвоночник мышцы все еще не восстановились, даже у тренирующихся добровольцев. Заново «оживить» мышцы спины может помочь метод, основанный на принципе визуальной обратной связи при просмотре ультразвуковых изображений.

Источник: Vertigo.ru

Европа — самая пьющая часть мира, потребляющая алкоголь в два с половиной раза больше остальной части земного шара

Более полутора тысяч евро в год ирландцы тратят на алкоголь. В Дании на выпивку тратится в три раза меньше денежных средств, а в Греции в десять раз меньше, чем в Ирландии. Обзор, выполненный Институтом исследований алкоголя для европейской комиссии, показал, что в Ирландии затраты связанные с употреблением алкоголя составляют 125 миллиардов евро в год на потерю производительности, дорожные происшествия, преступления, смертельные случаи. Взрослое ирландское население — самые высокие потребители алкоголя в ЕС после Венгрии, Литвы, Чехии, Латвии и Люксембурга. Каждый ирландец выпивает около 16 литров чистого алкоголя в год, что эквивалентно 178 бутылкам вина, 800 пинтам пива, к примеру, среднее число выпитых литров алкоголя в Европе составляет 11 литров. Есть над чем задуматься, учитывая, что только 3% выпивающих ирландцев делают это вместе с пищей, тогда как у итальянцев этот процент составляет более 50%.

Источник: сайт Солвей Фарма

Нерациональное использование анти-микробных средств в стационаре сопряжено с плохими результатами лечения, распространением антибиотикорезистентности, излишними затратами средств

Докторами О. Яковлевым, А. Жестковым, Е. Оськиной изучено применение противомикробных препаратов, оценено значение формулярной системы в многопрофильном гериатрическом стационаре за 2003–2005 гг. Проведен комплекс мероприятий по оптимизации антибиотикотерапии в стационаре, что позволило снизить расходы на данную группу препаратов (с 31% в 2003 г. до 21% в 2005 г. всех затрат на лекарственные средства) при сохранении стабильного уровня применения антибиотиков (36,61, 32,22 и 34,19 DDD/100 койко-дней за 2003–2005 гг. соответственно). Данные анализа расходов и применения лекарственных средств (методология АТС/DDD) позволяют оптимизировать затраты, контролировать назначение, избегать неадекватного применения антимикробных средств.

Источник: Клиническая геронтология, № 7, 2006

Продолжение на стр. 8 ↗

ИнтерНьюс

Как показали авторы публикации в журнале Американской медицинской ассоциации, распространенность ожирения у молодых лиц в возрасте 15—17 лет выше в семьях с низким уровнем доходов

На основании данных, полученных при проведении популяционного скрининга в 1971—1974, 1976—1980, 1988—1994 и 1999—2004 гг., изучалась распространенность и факторы риска ожирения среди лиц в возрасте 12—17 лет. Оказалось, что среди подростков 12—14 лет частота встречаемости лиц с избыточным весом не зависела от доходов семьи, за исключением афроамериканцев, у которых избыточный вес в семьях со средним доходом встречался чаще, чем в семьях с низким уровнем достатка. Среди лиц в возрасте 15—17 лет была выявлена выраженная зависимость между достатком семьи и избыточным весом тела. Эта зависимость наблюдалась во всех расовых группах и не зависела от пола. Так, в бедных семьях в 1999—2004 гг. количество лиц с избыточным весом в возрасте 15—17 лет было на 50% больше, чем в семьях со средним достатком (23,3% против 14,4%, соответственно). Дополнительный анализ позволил выявить, что причинами более частой встречаемости ожирения среди молодых людей из бедных семей могли быть низкая физическая активность, употребление большого количества сладких напитков и отсутствие завтраков. Таким образом, исследование показало, что низкий доход в семье связан с более высоким риском развития ожирения среди лиц в возрасте 15—17 лет, но не в более молодом возрасте (12—14 лет). Низкая физическая активность, употребление большого количества сладких напитков и отсутствие завтраков могут являться факторами риска ожирения, связанных с образом жизни в бедных семьях. Авторы делают вывод, что борьба с факторами риска коронарной болезни сердца, других сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета должна проводиться с учетом возрастных и социально-экономических особенностей, связанных с семьей, школой и местом проживания.

Источник: по публикациям журнала Американской медицинской ассоциации

Многие из нас до сих пор помнят окрики: «Не качайся на стуле!». Однако, как утверждают британские ученые, в данном случае наши педагоги были неправы

Может быть, их замечания помогли продлить жизнь школьной мебели, но не укрепить здоровье учеников. По словам исследователей, тем, кто любит раскачиваться на уроках, это нехитрое занятие помогает сохранить на всю жизнь здоровую и крепкую спину. Педиатры заметили: когда ребенок делает уроки, наклонив стул вперед, спина у него остается прямой. А это значит, что у него вырабатывается хорошая ровная осанка, которая сохраняется на всю жизнь и не только украсит его, но и поможет избежать серьезных проблем с позвоночником. Кроме того, прямая спина на уроках помогает лучше сконцентрироваться, повышает работоспособность и улучшает поведение. Кроме того, у детей с хорошей осанкой даже лучше почерк.

Начался новый учебный год, и школьникам опять часами придется не выходить из-за парты, а студентам — из-за компьютеров. Исследователи советуют педагогам не обращать внимания, когда школьники будут раскачиваться на стульях. Гораздо больше внимания требуют те ученики, что сутулятся за партами. Именно эта пагубная привычка провоцирует проблемы со спиной, которые сегодня имеют около 60% детей и подростков. Британские школьники с пяти до 16 лет проводят за партами 15 тыс. часов. За это время около 10% учеников успевают «заработать» себе серьезные заболевания, связанные с позвоночником, и нуждаются в постоянном контроле врача. В связи с этим одна из благотворительных организаций начала кампанию за то, чтобы в школах появлялась лишь эргономичная и полезная для спины мебель. Активисты организации надеются, что так же, как модные повара помогли появлению в школах здоровой пищи, их кампания приведет к появлению в учебных заведениях «здоровой» мебели.

Вездесущие пластиковые стулья должны уступить место современному, с регулируемой спинкой, а у столов должна появиться регулируемая по высоте крышка — такие парты были очень распространены в викторианской Британии. Если этого не сделать сегодня, то количество молодых людей с различными заболеваниями спины будет увеличиваться с каждым годом.

Источник: www.utro.ru

Начало на стр. 7

дупреждению цереброваскулярных осложнений и меньше к ИБС. Так, относительный риск развития инсульта при гипотензивной терапии высокими дозами диуретиков составил 0,49, а осложнений ИБС практически не изменился — 0,99. Таким образом, достижение целевого уровня АД — ведущий, но не единственный лечебный механизм в снижении риска сердечно-сосудистых осложнений.

Осознание того факта, что ряд заболеваний сцеплены друг с другом, заставило обратить внимание на взаимосвязь гемодинамических и метаболических расстройств, получивших наименование метаболического синдрома в виде сочетания АГ, ожирения, атерогенной дислипидемии и инсулинорезистентности.

Мутации ядерных рецепторов адипоцитов под воздействием вирусов, свободных радикалов, сопровождаются депонированием триглицеридов, свободных жирных кислот, холестерина и ожирением. Эти же рецепторы активируют



фактор некроза опухоли, который в свою очередь оказывает провоспалительный эффект в миокарде и сосудах и подавляет рецепторы инсулина и в результате углубляет инсулинорезистентность.

Коррекция нарушений липидного обмена сопровождается явными профилактическими результатами. Так, метаанализ, проведенный в 1998, охвативший 106113 пациентов, показал снижение летальности на 20%, смерти от ИБС на 31% и частоты инсультов на 24% при приеме ингибиторов ГМГ-КоА-редуктазы (статинов).

С позиций метаболического синдрома возникает интерес к препаратам, способным оказывать многостороннее действие, как гипотензивное, так и нормализующее метаболизм. Известно, что метформин — антидиабетический препарат оказывает также и гипотензивное действие, снижает степень ожирения, уменьшает агрегацию тромбоцитов и обладает фибринолитическими свойствами. Как оказалось в еще большей степени этими свойствами обладают блокаторы рецепторов ангиотензина II.

Среди профилактических направлений сердечно-сосудистых заболеваний следует отметить антиоксиданты, действие которых опосредовано через свободные радикалы. Повреждающее действие избытка свободных радикалов проявляется в нейродегенеративном и демиелинизирующем процессе, в частности, в гипоталамических структурах, регулирующих все виды метаболизма, нарушении синтеза

простагландинов в почках и окисления катехоламинов, повреждения липопротеинов, которые в результате приобретают антигенные свойства с образованием иммунных комплексов.

Антиоксидант коэнзим Q (КоQ10) — незаменимый компонент клеток, принимающий участие в синтезе АТФ и аэробном гликолизе. Клинические эффекты коэнзима Q: гипотензивный, нормализующий липидный обмен, гипогликемический. На опыте более 3600 больных, леченных коэнзимом Q доказано достоверное снижение частоты повторного инфаркта, смерти, снижение степени артериальной гипертензии, частоты госпитализации, нормализация углеводного и липидного обмена.

Таким образом, профилактические методы в отношении сердечно-сосудистых заболеваний в изучаемых группах больных показали серьезные положительные результаты, сопоставимые и превышающие эффективность лечебных мероприятий при острых состояниях. Речь идет о снижении летальности, частоты инсультов на 30—50%, а при достижении комплексной коррекции факторов риска даже на 80%. Однако, как было представлено выше, эти методы не привели к изменению в состоянии здоровья населения России в целом. Следовательно, существуют мощные факторы, отрицательно влияющие на здоровье населения и сила которых превосходит возможности медицины. К ним относятся: заинтересованность населения в сохранении здоровья, доступность квалифицированной медицинской помощи для населения, заинтересованность врача в профилактике и лечении болезней своих пациентов по критериям заболеваемости, временной нетрудоспособности, инвалидизации, смертности, частоте осложнений.

На медицину в России выделяется один из наименьших процентов валового национального продукта ВВП — менее 3%. В бюджет 2006 года в качестве основного ориентира записано обеспечение снижения инфляции и соблюдение уровня расходования стабилизационного фонда. Кто будет спорить с тем, что инфляцию надо держать под контролем, но ни во Франции, ни в Соединенных Штатах, ни в Германии инфляция не является определяющим параметром. По доле личных расходов населения в совокупном объеме затрат на здравоохранение Россия находится на уровне развивающихся стран с низким доходом на душу населения, а по уровню государственных декларативных обязательств в сфере здравоохранения — впереди многих стран с развитой рыночной экономикой. Если в ряде стран бедные освобождены от налогов и за них платят богатые, то в России все платят одинаково. Здоровые и богатые все в меньшей степени платят за больных и бедных. Мы все больше скатываемся к системе индивидуальной ответственности за покрытие расходов на медицинские нужды. Больной человек остается один на один с собственной болезнью и в случае серьезного заболевания вынужден нести такие затраты, которые ставят его на грань финансового разорения. Поэтому для решения проблемы профилактики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний помимо чисто медицинских методов нужен комплекс государственных мер и организационных медицинских. Без организации внедрения в широкую практику достижений медицины они останутся доступными ограниченной группе лиц и по-прежнему не отразятся на состоянии здоровья населения в целом.

ПИСЬМА

Руководителю отдела стандартизации в здравоохранении НИИ ОЗ и УЗ проф. Воробьеву П.А.

Глубокоуважаемый Павел Андреевич!

По мнению сотрудников нашей клиники, считаем необходимым внести некоторые дополнения к «Стандарту медицинской помощи больным стенокардией», который был опубликован в Вашей газете «Московский доктор» № 1 2006 г.

1. Результаты контролируемых исследований (HPS, 4S, LIPID и др.) с применением статинов убедительно свидетельствуют о том, что снижение уровня холестерина липопротеидов низкой плотности плазмы крови ассоциируются со значительным снижением сердечно-сосудистой и общей смертности. Класс статинов входит в международные и Российские рекомендации по лечению стенокардии как препараты первого выбора.

После завершения исследований 4S с симвастатином (Зокор), показавшего снижение риска общей (на 30%) и коронарной (на 42%) смерти, статины во всем мире стали стандартом лечения пациентов с ИБС. Применение Зокора по данным самого масштабного независимого исследования HPS (Heart Protection Study), в котором участвовали 20000 больных, в течение 5 лет способно снизить риск инсульта, инфаркта и других коронарных осложнений при-

мерно на треть, что значительно сокращает затраты Здравоохранения на госпитализацию и реабилитацию таких пациентов.

2. Наиболее эффективным путем снижения холестерина согласно последним международным данным является комбинированная терапия, воздействующая на эндогенный и экзогенный источники холестерина с применением препарата нового класса эзетимиба (Эзетрол), ингибитора абсорбции холестерина. Многочисленные исследования показали, что комбинированная терапия статина и эзетимиба приводит к более выраженному снижению уровня холестерина, чем монотерапия статином. Такая комбинация также позволяет большему количеству пациентов достичь целевого уровня холестерина.

Применение комбинированной терапии отражено в Российских рекомендациях по диагностики и коррекции нарушений липидного обмена.

В связи с этим мы считаем, что эти препараты должны быть представлены в Стандартах такими средствами как статины и эзетимиб.

Профессор кафедры кардиологии и общей терапии
Учебно-научного медицинского центра
Управления Делами Президента РФ

Затейщиков Д.А.

В конце июля субботним утром одна знакомая молодая доктор (назовем ее Ирина) ехала на дачу. Накануне был день рождения, пили пиво, вернулась Ирина домой в полночь, а встать утром надо спозаранку. Ждала ее дочка, и надо было с ней ехать на экскурсию. Но утро не задалось. Выйдя, Ирина обнаружила порезанное ножом колесо. Пришлось менять.

ля в выдыхаемом воздухе согласно инструкции. Добавил, что в Красногорской больнице нет возможности определять алкоголь в крови. Возникает путный вопрос, а есть ли лицензия у больницы на проведение экспертизы алкогольного и наркотического опьянения? Ведь если нельзя подтвердить объективным методом наличие вещества в крови, то грош-цена всякой экспертизе.

ОБЩИЙ АНАЛИЗ

от П. Медика

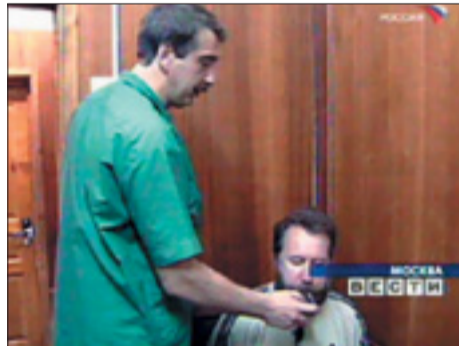
ПЬЯНЫЙ ЗА РУЛЕМ?

ИЛИ ВАС РАЗВОДЯТ НА ДЕНЬГИ?

Ирина торопилась. Напротив Кунцевской больницы на Рублевском шоссе инспектор ДПС замерил превышение скорости. Остановил и в процессе разговора высказал предположение, что Ирина находится в состоянии алкогольного опьянения. Ирина допустила ошибку, сказав, что пила накануне вечером пиво: тотчас была явлена трубочка, в которую инспектор заставил подуть. Согласно действующим правилам, отказ от освидетельствования является основанием для признания водителя пьяным. Впрочем, не ясно, нужно ли дуть в трубочку, предложенную инспектором ДПС или требовать вести на медицинское освидетельствование в больницу. Скорее всего — правильно ехать на экспертизу.



Естественно, состоялся разговор и о возможности откупиться — на скромный вопрос был получен ответ — «У Вас столько денег нет». Понятно. Пока шло общение с родней по сотовому, Ирину погрузили в патрульную машину и отвезли в Красногорскую больницу. Почему туда? — поначалу было не ясно: это и не ближайшая больница, и вообще за городом (а остановили в Москве). Отец Ирины по телефону пообщался с врачом Красногорской больницы по вопросу взятия крови для определения в ней уровня алкоголя (очевидно, что после пива к утру в крови алкоголя нет, какой бы запах изо рта не шел). Наивный. Новая инструкция Минздравсоцразвития по экспертизе водителей на состояние опьянения устранила вопиющую несправедливость, возникшую в



лихие демократические девяностые: кровь брать на алкоголь НЕ ОБЯЗАТЕЛЬНО! Многие ли сидящие за рулем об этом знают? Методом опроса знакомых установлено — никто не в курсе «новой» инструкции, все уверены, что справедливость существует, и кровь обязаны взять. Ведь в выдыхаемом воздухе фиксируется «повышенный» уровень алкоголя после кваса, кефира, кока-колы и т. д. и т. п. Говорят, даже язва может давать ложно-положительный результат. Конечно, утверждать, что инструкция изменена Минздравсоцразвитием в угоду (тем более в результате финансового стимулирования) инспекторам ДПС мы не станем.

Многих знакомых, многих женщин и мужчин, вполне интеллигентных, инспектора ДПС останавливали именно утром и пытались аккуратно, но настойчиво навязать им «опьянение». В субботу или воскресенье утром все теряются, так как накануне многие «праздновали». Только засомневаешься, начинается почти гипноз, вежливые предложения разойтись по-хорошему. Точнее, такого предложения, конечно, не следует, инспектора сами ждут предложений. Нужно стоять насмерть и никогда не говорить, что пили накануне. Даже если во рту сухость страшная...

Повествуем дальше: врач-эксперт с некоторым элементом садистического удовольствия разъяснил положение о «достаточности» определения алко-

голя в выдыхаемом воздухе. Далее, не занимаясь особенно подробностями, врач написал, что и речь бессвязна, и проба Ромберга неустойчива, и пальцем кончик носа пощупать не получается. В общем, Ирина — в стельку. Дал еще раз дыхнуть в трубку — там 0,6 промилле (в норме до 0,5).

Кстати, это важно, по инструкции он обязан дать дыхнуть в 2 разные трубки разных производителей, разрешенных к применению. Следовательно, нужно было требовать это разрешение. Но дышала Ирина только в одну трубочку.

Подъехавший к посту ДПС отец вновь завел разговор о возможности «уплаты на месте». Цена известна — 500 долларов и вас отпускают с миром, в каком бы состоянии вы не находились (хотя мои «эксперты» называли суммы и в 800 и 2000 долларов, видимо сумма может сильно дифференцироваться в зависимости от марки автомобиля). Но здесь было очевидно, что Ирина трезва, речь могла идти только об экономии времени и сил. Майор, заинтересованно спросив, какую сумму предлагает ему отец (а он предложил 200 долларов) усмехнулся: «Столько мы должны заплатить врачу, чтобы он вычеркнул запись из журнала». Теперь понятно, почему повезли в Красногорск: врач — в доле.

Дальнейшие действия: поехали в приемный покой ближайшей больницы «скорой помощи», сказали, что был гипертонический криз после алкогольного эксцесса накануне (здесь дежурный персонал проявил профессиональную солидарность), попросили взять кровь на алкоголь и провести повторно освидетельствование. Естественно, в крови алкоголя не было. А осмотр в спокойной обстановке не выявил отклонений от нормы.

Внимание! Еще одна новость — права отбирает теперь суд, а не ДПС. Собственно ради этого и были предприняты все усилия. Ирина попросила судью выяснить наличие лицензии у Красногорской больницы, с указанием в ней права на занятие экспертизой опьянения, наличие у врача-эксперта необходимого свидетельства о праве проводить такую экспертизу (по инструкции врач должен проходить обучение всякий раз как меняется инструкция, последняя изменилась в начале 2006 г., а справка об образовании была от начала 2005 г.), запросить данные повторной экспертизы. Оказалось, что в Москве и области существует экспертная организация, которая проводит по заказу суда экспертизу по документам. Экспертиза пришла к выводу, что описанное состояние опьянения не соответствует уровню алкоголя в выдыхаемом воздухе, а отсутствие алкоголя в крови не позволяет подозревать наличие опьянения. Это заключение послужило для суда основанием обязать ДПС вернуть Ирине документы.

Правда восторжествовала. Но осталось масса вопросов и осадок, ради которого и пишутся эти заметки. Во-первых, тихо изменили инструкцию, об этом никто нигде не сообщает, а ведь поправки права тысяч людей. Теперь не надо доказывать, что Вы пьяны, достаточно подозрения и сомнительной трубочки. Дальше, достаточно протянуть

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, г. 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»

ПРОГРАММА ЗАСЕДАНИЙ СЕКЦИЙ МГНОТ НА 2006 ГОД

Кардиологическая секция

№ 5	16 ноября	Приверженность к лекарствам и судьбе гипертоника
№ 6	14 декабря	Сердечную недостаточность лечим, а хроническое легочное сердце?

Ангиологическая секция

№ 5	9 ноября	Можно ли скальпелем лечить артериальную гипертонию? (Успехи эндоваскулярной хирургии и консервативного лечения)
№ 6	13 декабря	Головокружение не от успехов

Секция «Человек и инфекция»

№ 5	21 ноября	Инфекционный фактор в развитии обострений бронхиальной астмы: взгляд терапевта, аллерголога и пульмонолога
№ 6	5 декабря	Инфекция мочевых путей: быстрое развитие, быстрое лечение

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 путей развития.

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

Приглашение

«Сердце
диабетика»

26 октября 2006 года
Начало в 17.00
Вход по приглашениям

Начало на стр. 9 ↗

канитель, пройдет несколько часов, и даже если сделать анализ крови на алкоголь, он уже не будет достоверным. На это — время — стоит обратить внимание. Во-вторых, экспертизу по поручению ДПС проводит специально обученный врач, инспектора ДПС экспертизу не проводят. Поэтому, вероятно, можно отказаться от дутья в трубку, вынимаемую из широких штанин «продавца полосатых палочек» и требовать отвезти в медицинское учреждение. Этот путь не проверен, но он логичен. К сожалению, врач может быть в сговоре с ДПС и займется не поиском истины, а подтасовкой фактов (о существовании такого сговора говорили многие). Единственная отдушина, что вопрос решается судом, а это возможность нанять адвоката (услуги обошлись Ирине в 2000 рублей, что, согласитесь, много меньше 500 долларов), возможность поискать законности принимаемых решений. Если Вы считаете себя правым, то такой путь реален, тем более что инструкция подробна, запутана и где-то можно найти упущения в работе медицинской организации. Видимо, судья, к которому первично попадает дело, не заинтересован в дальнейшем рассмотрении этого вопроса в судах следующих инстанций и, в случае вашей настойчивости и наличия фактов, позволяющих сомневаться в выводах врача-эксперта, вынесет «приговор» в вашу пользу. Но если зацепок нет — пиши пропало.

Друзья. Рассказ — не призыв садиться пьяными за руль: за это, конечно, нужно если не расстрели-

вать, то прилюдно пороть на Лобном месте на Красной площади. Речь даже не об инспекторах ДПС, вожденно облизывающихся на кошельки водителей. Речь о том, что знания законов могут оказаться весьма полезными, а требование их соблюдения всеми, включая милицию и врачей, приведет к снижению числа правонарушений по обе стороны рулевого колеса.

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

Сорбифер® Дурулес®

Оптимальный препарат железа

Для лечения и профилактики железодефицитной анемии

Сорбифер® Дурулес® включён в новый "Перечень лекарственных средств, отпускаемых по рецепту врача при оказании дополнительной медицинской помощи отдельным категориям граждан, имеющим право на получение государственной социальной помощи"

Введён Приказом
Минздравсоцразвития
от 2 декабря 2004 года
№ 296.



Регистрационное удостоверение П № 011414/01 - от 29.07.2005

Представительство АО "Фармацевтический завод ЗГИС" (Венгрия) г. Москва
123423 Москва, ул. Коломенский проезд, 5/1, тел. (495) 363-3966,
факс (495) 399-2229, info@zgis-pharma.com, www.zgis-pharma.com
Региональные представительства:
Санкт-Петербург: (812) 444-1591, Ростов-на-Дону: (8632) 63-8667



ПРОБЛЕМЫ СТАНДАРТИЗАЦИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ

ЕДИНСТВЕННЫЙ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

по стандартизации, лицензированию, аккредитации в управлении качеством
в здравоохранении

ДЛЯ ОРГАНИЗАТОРОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ПРАКТИЧЕСКИХ ВРАЧЕЙ!

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

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

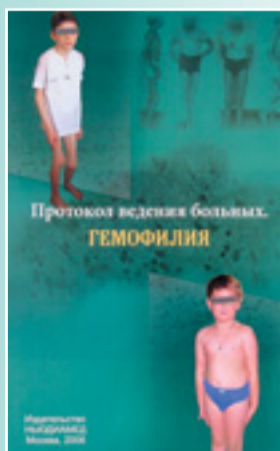
Наш адрес:

115446, Москва, Коломенский проезд, 4, ГКБ № 7, Издательство «НьюДиамед».
Тел./факс: 118-74-74, E-mail: mtpndm@dol.ru, www.zdravniga.net

ВНИМАНИЕ!

ДЛЯ ГЕМАТОЛОГОВ, ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ, ПЕДИАТРОВ, ТЕРАПЕВТОВ
А ТАКЖЕ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ ВЫШЛА В СВЕТ НОВАЯ КНИГА!

ПРОТОКОЛ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ. ГЕМОФИЛИЯ



Утверждено Заместителем Министра
здравоохранения и социального развития
Российской Федерации В.И. Стародубовым
30 декабря 2005 г.

Издательство НЬЮДИАМЕД, 2006 г.

Гемофилия — наследственное заболевание системы гемостаза, характеризующееся снижением или нарушением синтеза факторов свертывания крови VIII (гемофилия А) или IX (гемофилия В), встречающееся почти исключительно у мужчин.

Протокол — основа для внедрения современных методов лечения больных в практику здравоохранения повсеместно. Лечение, начатое своевременно, в детстве, делает этих больных полноценными гражданами общества.

Заявки на приобретение можно направлять по адресу:

115446, Москва, Коломенский пр., д. 4, ГКБ № 7,
издательство НЬЮДИАМЕД

E-mail: mtpndm@dol.ru Подробности на сайтах: www.zdrav.net и www.zdravniga.net



ИЗДАТЕЛЬСТВО «НЬЮДИАМЕД»
ВЫПУСТИЛО В СВЕТ КНИГУ

«ТОЛКОВЫЙ АНГЛО-РУССКИЙ СЛОВАРЬ терминов, используемых в гематологии и иммунологии»

Под ред. В.Ф. Новодрановой и П.А. Воробьева

Целевая аудитория: студенты медицинских ВУЗов, занимающиеся на кафедрах латинского и иностранного языков, врачи гематологи и иммунологи, научные работники, которым необходим перевод иностранных текстов, врачи, работающие в Интернете в поисках ответов на насущные клинические вопросы, наконец, — профессиональные переводчики, которые, как правило, не знакомы с этой специфической терминологией.

Словарь такого типа издается впервые. Он может послужить базой для научного описания терминологии гематологии и иммунологии и ее перевода на другие языки.

Приобрести можно по адресу:

115446, Москва, Коломенский пр., д. 4, ГКБ № 7, издательство НЬЮДИАМЕД
E-mail: mtpndm@dol.ru

Подробности на сайтах www.zdrav.net и www.zdravniga.net

Вестник МГНОТ (бесплатное приложение для врачей к журналу «Клиническая геронтология») Свидетельство о регистрации ПИ № ФС77-19100 от 07 декабря 2004 г.

РЕДАКЦИЯ: Главный редактор П.А. Воробьев

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

Редакционный совет: А.И. Воробьев (председатель редакционного совета), В.Н. Ардашев, З.С. Баркаган, А.С. Белевский, Ю.Н. Беленков, Ю.Б. Белоусов, Б.П. Богомолов, И.Н. Божарев, В.И. Бурцев, Е.Ю. Васильева, В.А. Галкин, М.Г. Глезер, Е.Е. Голин, А.П. Голиков, Д.И. Губкина, Н.Г. Гусева, Л.И. Егорова, В.М. Емельяненко, Р.М. Заславская, Г.Г. Иванов, В.Т. Иващенко, А.В. Калинин, А.В. Каляев, С.В. Карлова, 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. Новоженко, Л.И. Ольбинская, Н.Р. Палеев, М.А. Пальцев, В.А. Парфенов, А.В. Погочева, 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. Синопольников, 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. Цурко, Т.В. Шишкова, Н.А. Шостаков, А.В. Шлектор, Н.Д. Юцук, 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@dol.ru www.zdrav.net

Отдел рекламы (495) 729-97-38

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