



ВЕСТНИК МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО

МОСКОВСКИЙ ДОКТОР

Декабрь 2006

№ 24 (41)

НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ

Уважаемые доктора!

Я и мои коллеги работаем в области лечения и нейрореабилитации одной из самых сложных, трудных категорий больных с последствиями инсульта и черепно-мозговой травмы. К великому сожалению, в медицинской среде до сих пор нет полного представления о той трагической ситуации, которая постигает этих больных, о тех страданиях, которые приходится переживать больным и их родственникам. Это факт, потому что на многих совещаниях, конференциях, съездах становится ясно, что это результат, мягко говоря, отсутствия просветительской работы. Начисто отсутствует многие десятилетия эта работа. Поэтому я позволю себе рассказать вам о том, что происходит в этой области.

Стало совершенно ясно, что как во всем мире, так и у нас стране эта область — нейрореабилитация — междисциплинарная: это область неврологии и нейрохирургии, кардиологии, психологии и гериатрии. В докладе Министерства здравоохранения и социального развития Вы обратили внимание, что существуют сердечно-сосудистые заболевания и не звучит группа цереброваскулярных заболеваний, то есть инсульты. Почему? Да потому что в государственных отчетных документах четких сведений до сих пор не существует.

Несколько слов о методологии, всех тех принципах, которые существуют в нашем здравоохранении. Проблема здравоохранения — это медико-социальная проблема. Но тут нужно понимать одну простую вещь, что этот факт теоретический, что он не конкретизирован. Не хочу вдаваться в обсуждение политических проблем, связанных с медициной и здравоохранением, — это важное оружие, это особое средство воздействия на массы. Здравоохранение не допускает двуличности, здравоохранение требует точности изложения позиции.

Благодаря деятельности ассоциации по борьбе с инсультом более или менее становится ясно количество больных — это примерно 550 тысяч инсультов ежегодно, примерно 600 тысяч черепно-мозговых травм, причем тяжелая и средняя тяжесть черепно-мозговых травм огромна, это около 30–40%, а, может быть, даже и больше, но этого учета нет. Те данные, которые были собраны в начале 90-х годов под руководством академика Коновалова, сейчас очень трансформировались. Вы, наверное, знаете, что транспортная травма обращает на себя огромное внимание.

Чем определяется приоритетность направления по правилам ВОЗ: это смертность при определенной патологии, тяжесть последствий и инвалидизация. Примерно 30–40% пациентов с инсультом и черепно-мозговой травмой — это смертельный исход, примерно 10–15% пострадавших возвращаются к труду, но 70–80% выживших — это люди, которые становятся инвалидами. Потери одного больного, получившего инвалидность по инсульту или черепно-мозговой травме, требуют вместе с пособием по утрате трудоспособности и отрывом родственников по уходу 1,247 млн руб. затрат.

Потери одного больного, получившего инвалидность по инсульту или черепно-мозговой травме, требуют вместе с пособием по утрате трудоспособности и отрывом родственников по уходу 1,247 млн руб. затрат. Ущерб, обусловленный преждевременной смертностью и утратой трудоспособности, инвалидностью, отрывом членов семьи от работы на время болезни родственника, то есть бремя болезни при поражении доминантного левого полушария за один год составляет 20 с лишним млрд руб. Это с учетом тех больных, у которых пострадали высшие когнитивные функции, есть ведь еще вторая половина, которые тоже становятся инвалидами — они в данном расчете не учтены.

Больные утратили трудоспособность, профессиональные навыки, и более чем у 70% больных возникают гемипарезы, нарушение высших психических функций, в том числе речи. Как правило, они не в состоянии

себя обслуживать, дезорганизуют жизнь всей семьи, становятся обузой, поскольку нуждаются в постоянном надзоре и уходе, тем самым отвлекая на себя значительную часть населения, которые фактически также становятся иждивенцами общества. Кроме того, у большинства из них имеются в той или иной степени выраженные психические расстройства, либо

связанные с сосудистой общемозговой или очаговой патологией, либо реакции на изменившийся социальный статус и положение в семье. Даже в рамках одной нозологической группы сосудистого и травматического генеза клиника рас-

...обсуждение политических проблем, связанных с медициной и здравоохранением, это важное оружие, это особое средство воздействия на массы.

ПРОБЛЕМЫ НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ В ГЕРИАТРИИ

В.М. Шкловский

(из выступления на конференции
«Пожилой больной. Качество жизни». 02—04.10.06)



стройств, цели и задачи нейрореабилитации значительно разнятся и требуют применения специальных методов и организационных мер. Нейрореабилитация больных с последствиями черепно-мозговой травмы и инсультом отличается от реабилитации в хирургии, кардиологии, травматологии, при нейродегенеративных заболеваниях и при целом ряде других, которые требуют лишь поддерживающих реабилитационных мероприятий. Практика показывает, что наибольшая эффективность в реабилитации больных с очаговыми поражениями головного мозга, с последствиями инсульта или черепно-мозговой травмой

следствиями инсульта или черепно-мозговой травмой может быть обеспечена лишь при следующих условиях:

- максимально раннее начало нейрореабилитации,
- активность,
- непрерывность,
- интенсивность,
- и самое главное — адекватность методов, применяемых при нейрореабилитации этой категории больных.

Очень важны систематический контроль за соматическим состоянием больного, за состоянием выс-

ПРЯМАЯ РЕЧЬ

ших психических функций и проблема прогноза. Организация системы обеспечения нейрореабилитации больных — одна из крупнейших проблем здравоохранения. В 2005 году был издан приказ Минздрава № 534 «О мерах по совершенствованию организации нейрореабилитационной помощи больным с последствиями инсульта и черепно-мозговой травмой», который определяет создание в стране практической базы для реализации комплекса нейрореабилитации и лечения заболеваний этой категории больных.

Нужно обратить внимание на алгоритм процесса лечения и нейрореабилитации. Катастрофа, как правило, наступает неожиданно для пациентов и их родственников и длится иногда несколько минут, иногда несколько часов. А процесс нейрореабилитации — это не недели, это месяцы и иногда годы. И это очень сложный процесс. Научно-методическим центром и отделом патологии речи, который функционирует более 30 лет в рамках Московского НИИ психиатрии, и клинической базой — Центром патологии речи и нейрореабилитации разработаны концепция лечения и нейрореабилитации больных с очаговыми поражениями головного мозга и система поэтапного лечения этой категории больных. Это большая сеть учреждений, которая работает в мегаполисе г. Москвы: совсем недавно было 13 млн населения, на сегодняшний день это 15 млн. Эта система апробирована в практике учреждений города Москвы. В этой работе принимали участие не только научные работники и сотрудники учреждений, которые создавались для реабилитации, в этот процесс был включен Комитет здравоохранения и Правительство Москвы. И это дало эффект. Была реализована непростая многоэтапная система нейрореабилитации самой тяжелой категории больных. В Москве организована специализированная служба: в остром периоде заболевания скорпомощные отделения для оказания помощи инсультным больным, с цереброваскулярной патологией, в нейрохирургических клиниках, которые существуют в 52 стационарах и отделениях, которые находятся в 40 поликлиниках г. Москвы и 15 ПНД. В самом Центре существует 12 отделений, работает 386 штатных единиц. Кроме того, на базе Центра организован Институт повышения квалификации и подготовки кадров. Каков результат? — поразительный: если к труду возвращается всего 10–15% больных, то больные, которые находятся на лечении и нейрореабилитации в подразделениях системы, о которой я рассказывал, — это 43%, возвращаются к различным видам труда — 17%, значительно улучшение наступает у 32% и улучшение наблюдается в 53% случаев.

Что это дает? Прежде всего, наряду с восстановлением высших психических и двигательных функций, улучшающих соматическое и психическое состояние больных, больные обрели возможность независимости от окружающих, улучшилось качество жизни больных. Это очень серьезное достижение. Вместе с

...процесс нейрореабилитации — это не недели, это месяцы и иногда годы.

тем возникает вопрос: в рамках Центра организовано консультативно-диагностическое отделение, стационарное отделение, стационар на дому, дневной стационар, амбулаторный прием, я уж не говорю о том, что функционирует оргметодотдел.

Большое количество больных не может быть госпитализировано в подразделения стационара, не может быть направлено в поликлинические подразделения и диспансерные подразделения из-за крайней тяжести, невозможности движения, самообслуживания, гигиенических проблем. Тяжелейшая инвалидизация, тяжелейшие нарушения когнитивных функций — эти больные направляются в стационар на дому. Мы, конечно, не можем обеспечить этим всех больных, но опыт, который мы приобрели на протяжении 25 лет работы стационара на дому, весьма поучителен.

...больной должен научиться передвигаться, больной должен научиться сам себя обслуживать, больной должен во что бы то ни стало прийти до такого состояния, когда можно было бы раскрепостить семью, его родственников.

стационар на дому, дневной стационар, амбулаторный прием, я уж не говорю о том, что функционирует оргметодотдел. Большое количество больных не может быть госпитализировано в подразделения стационара, не может быть направлено в поликлинические подразделения и диспансерные подразделения из-за крайней тяжести, невозможности движения, самообслуживания, гигиенических проблем. Тяжелейшая инвалидизация, тяжелейшие нарушения когнитивных функций — эти больные направляются в стационар на дому. Мы, конечно, не можем обеспечить этим всех больных, но опыт, который мы приобрели на протяжении 25 лет работы стационара на дому, весьма поучителен.

Продолжение на стр. 3

ИнтерНьюс

Прививка против вируса, передающегося половым путем и вызывающего цервикальный рак, должна стать обязательной для европейских школьниц

Об этом пишет один из ведущих медицинских журналов. «Ланцет» опубликовал передовую статью, призывающую к вакцинации 11—12-летних девочек, несмотря на противоречивые данные об использовании этих прививок для детей. В частности, противники этой профилактической меры заявляют, что прививки против инфекции, передаваемой половым путем, будут поощрять несовершеннолетних заниматься сексом. На прошлой неделе европейская Комиссия одобрила проведение прививок с помощью противоракового препарата Gardasil во всех государствах-членах ЕС. Согласно выданной лицензии, эти прививки будут сделаны детям в возрасте 9—15 лет и женщинам 16—26 лет. Gardasil обеспечивает защиту от человеческого вируса папилломы (HPV), который распространяется путем половых сношений и может вызвать рак шейки матки.

70 процентов злокачественных опухолей шейки матки связаны с попаданием в организм вируса HPV типов 16 и 18. А вот за 90 процентов половых бородавок отвечает тот же вирус, но типа 6 и 11.

«Ланцет» утверждает, что Европа должна брать пример с американского штата Мичиган, который 21 сентября принял закон об обязательной вакцинации всех девочек в возрасте 11—12 лет, то есть учениц шестых классов. Журнал поддерживает идею о вакцинации не только девочек, но и мальчиков, поскольку мужчины могут быть носителями вируса HPV.

Впрочем, убедительных доказательств того, что данный вирус вызывает злокачественное новообразование, до сих пор не получено, в связи с чем такой подход можно рассматривать как очередную широкомасштабную программу «впаривания».

Источник:
MIGnews.com,
собственная информация

Частота внезапной сердечной смерти выше среди родственников жертв внезапной сердечной смерти

Д-р Х. Хуикири (Университет Оулу, Финляндия) выполнил ретроспективное исследование «случай-контроль», куда вошли 138 случаев внезапной сердечной смерти вследствие острого коронарного события, но без острого инфаркта миокарда в анамнезе, 254 пациента, перенесших острый инфаркт миокарда, и 470 здоровых лиц из группы контроля. Регистрировались случаи внезапной сердечной смерти и острый инфаркт миокарда у ближайших родственников каждого участника.

Оказалось, что частота внезапной сердечной смерти была достоверно выше среди 1223 родственников жертв внезапной сердечной смерти, чем у 2326 родственников пациентов с острым инфарктом миокарда в анамнезе (5,2% против 3,3%, отношение шансов, ОШ, 1,6; $p < 0,01$), а также чем у 3748 родственников лиц из группы контроля (2,3%, ОШ 2,2, $p < 0,001$). Наличие случаев внезапной сердечной смерти как минимум у двух ближайших родственников достоверно чаще имело место среди жертв внезапной сердечной смерти, чем у перенесших инфаркт миокарда (10,9% против 3,5%, ОШ 3,3) или в контроле (против 1,1%, ОШ 11,3). Острый инфаркт миокарда более чем у одного ближайшего родственника достоверно чаще регистрировался у больных с острым инфарктом миокарда в анамнезе и жертв внезапной сердечной смерти, чем для группы контроля (ОШ 4,7 и 3,6, соответственно). При этом семейный анамнез по острому инфаркту миокарда между группами достоверно не различался. Таким образом, лица, предрасположенные к внезапной сердечной смерти, могут выявляться и с помощью тщательного сбора семейного анамнеза, особенно у ближайших родственников.

Источник:
Circulation 2006; 114: 1462-7.

14 ноября на совещании в Санкт-Петербурге обсуждали проблемы дополнительного лекарственного обеспечения (ДЛО) в Ленинградской области. Проблемы, о которых в неформальной обстановке говорили участники совещания (организаторы здравоохранения и руководители фармацевтических организаций), очень точно характеризуют общую ситуацию в стране.

В течение короткого периода времени — начало 2006 г. — медики вдруг осознали преимущества программы. Сложились механизмы взаимодействия между участниками ДЛО, врачи получили возможность выписывать эффективные лекарства, а больные стали вовремя получать их. Но деньги закончились много раньше конца текущего года — это уже стало общеизвестным фактом. Причины носят главным образом управленческий, организационный характер: отсутствие адекватного планирования, выход из программы людей, в наименьшей степени нуждающихся в лекарствах. Остались те, лечение которых стоит дорого, и

ДЛО в Ленинградской области



которые до недавнего времени и обсуждать-то было незачем: нет лекарств — нет проблем.

М. Авксентьева

ПРОТОКОЛЫ МГНОТ

ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ СЕКЦИИ «ЧЕЛОВЕК И ИНФЕКЦИЯ» МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ от 8.02.2005 г.

Сопредседатели секции: д. м. н., проф. В. Е. Ноников;
член корр. РАМН, проф. Б. П. Богомолов

Постоянный оппонент: проф. П. А. Воробьев

Секретарь: И. В. Тюрина

«Чья инфекция мочеполовой системы — уролога, нефролога, терапевта?»

1. Д. м. н. И. И. Деревянко (НИИ урологии МЗ РФ) «Диагностика и лечение инфекции мочевыводящих путей».

В докладе, на основании общепринятой классификации инфекций мочеполовой системы, были рассмотрены вопросы, касающиеся этиологии, диагностики и лечения инфекций верхних мочевыводящих путей, нижних мочевыводящих путей и мужских половых органов (простатит). В настоящее время доказана эффективность коротких курсов (3 дня) антибактериальной терапии при лечении острого цистита, в то же время при наличии факторов риска (возраст старше 65 лет, беременность, сахарный диабет, рецидив цистита) целесообразно применение семидневного курса терапии. При выявлении острого цистита у беременных до начала и после окончания антибактериальной терапии необходимо обязательно проводить микробиологическую диагностику. При лечении острого цистита у беременных противопоказано применение следующих антибактериальных препаратов: фторхинолоны, котримоксазол и доксициклин. Имеются особенности этиологической структуры пиелонефрита в зависимости от условий возникновения заболеваний. Так, у амбулаторных больных возбудителем острого пиелонефрита является *E. coli* (90%), хронического пиелонефрита — *E. coli* (75%), *Proteus spp.* (8%), *Klebsiella spp.* (6%), *Enterobacter spp.* (6%), в то время как у стационарных больных отделений общего профиля — *E. coli* (42%), *Klebsiella spp.* (15%), *Enterobacter spp.* (15%), *Enterococcus spp.* (15%) *Staphylococcus spp.* (7%), а отделений интенсивной терапии — *E. coli* (24%), *P. aeruginosa* (17%), *Klebsiella spp.* (16%), *Enterobacter spp.* (16%). Сроки лечения неосложненных инфекций мочевыводящих путей составляют 5—7 суток, а осложненных инфекций мочевыводящих путей — не менее 14 суток. Особое внимание слушателей было обращено на рациональное применение антибактериальных препаратов при различных инфекциях мочевыводящих путей. С учетом возбудителя и его чувствительности к антибиотикам, а также в соответствии с тяжестью состояния больного были приведены как лекарственные препараты первого ряда, так и альтернативные схемы лечения инфекций мочевыводящих путей.

Вопросы к докладчику:

П. А. Воробьев: При простатите Вы рекомендуете использовать физиотерапию, лазеротерапию, витаминотерапию, а имеются доказательства эффективности применения этих методик при данном заболевании?

Ответ: Да, доказательная база есть.

П. А. Воробьев: Как Вы считаете, можно ли острый пиелонефрит лечить дома? Раньше острый пиелонефрит являлся абсолютным показанием к госпитализации.

Ответ: Да, в современных условиях можно лечить в амбулаторных условиях, если врач назначает адекватную лекарственную терапию.

— Как вы относитесь к назначению палина, 5-НОК при инфекции мочевыводящих путей?

Ответ: Это старые препараты, к ним наблюдается выраженная резистентность и побочные эффекты. В то же время их можно использовать в период долечивания, но они малоэффективны. Сейчас есть современные препараты, которые более эффективны и имеют меньше побочных эффектов.

— Какие сроки лечения инфекций мочевыводящих путей, вызванных внутриклеточными возбудителями (хламидия или микоплазма)?

Ответ: Есть мнение, что длительность антибактериальной терапии должна быть не менее 21 дня, но все зависит от клинической симптоматики.

— Какая роль фитотерапии в лечении инфекции мочевыводящих путей?

Ответ: Фитотерапия имеет большое значение после острой фазы пиелонефрита в период долечивания, для профилактики рецидивов это обусловлено, прежде всего, мочегонным действием, противовоспалительным действием фитонцидов и танинов. В этом случае особенно хорошо себя зарекомендовала клюква.

— Используйте ли Вы в своей практике анализ мочи по Нечипоренко?

Ответ: Нет, анализ мочи по Нечипоренко в нашей клинике не делаем, т. к. он малоинформативен.

2. Профессор А. З. Винаров (Урологическая клиника Р. М. Фрошгейна ММА им. И. М. Сеченова) «Неосложненная инфекция нижних мочевых путей. Что нового?».

Как известно, к неосложненной инфекции нижних мочевых путей относится цистит. В России ежегодно диагностируется до 36 млн случаев заболевания. Острый цистит чаще встречается у женщин. У мужчин заболеваемость острым циститом крайне низка. Она составляет ежегодно 6—8 случаев на 10000 взрослых мужчин. Было отмечено, что фебрильная температура тела нехарактерна для острого цистита. Для острого цистита характерен рост монокультуры микроорганизмов. Наиболее частым возбудителем являются грамотрицательные энтеробактерии, в основном *E. coli*. В 78—80% случаев возбудителем острого цистита является *E. coli*, что подтверждено результатами многочисленных крупных исследований. Для диагностики острого неосложненного цистита в большинстве случаев необходим общий анализ мочи, но возможно назначение лечения и без него, основываясь только на анамнезе заболевания и клинических симптомах. Проведение микробиологического исследования мочи в большинстве случаев не требуется. В последние годы отмечена возрастающая распространенность уропатогенных штаммов *E. coli*, устойчивых к используемым в настоящее время антибактериальным препаратам. Так, в 1999 г. было показано, что устойчивые штаммы *E. coli* к ампицилину встречаются в 33,3% случаев, триметоприму — 20,3%, ко-тримоксазолу — 18,4%, нитроксалину — 94,1%, к сульфаметоксазолу в 29,1% случаев. Особое внимание было обращено на то, что прием антибактериального препарата нецелесообразен в связи с недостаточной эффективностью при резистентности к нему в популяции более 15—20% штаммов микроорганизмов. Далее докладчик подробно остановился на лекарственной терапии острого неосложненного цистита.

Продолжение на стр. 3

Начало на стр. 1 ↗

В той схеме, которую мы представили, было обозначено еще одно подразделение, крайне важное — это Центр по уходу и постоянному пребыванию больных, который уже частично финансируется социальной защитой. Нам совершенно необходимо, во что бы то ни стало, ввести еще одно подразделение, которое занималось бы, плохое слово — выхаживанием больных, во всяком случае, это подразделение, которое требует длительного пребывания больного, значительно более длительного в специализированном отделении. Требуется очень большая, серьезная работа для обеспечения улучшения его возможностей: больной должен научиться передвигаться, больной должен научиться сам себя обслуживать, больной должен во что бы то ни стало прийти до такого состояния, когда можно было бы раскрепостить семью, его родственников. Это крайне важная и сложная проблема, дорогостоящая, но она себя окупает. Экономические расчеты говорят о том, что осуществление комплексных реабилитационных мероприятий дает возможность сэкономить для государства около 25% от суммы затрат. Что в целом составляет 5,8 млрд руб. Можно предполагать, что количество больных с инсультом и черепно-мозговой травмой будет возрастать, и к этому нужно готовиться.

Есть факторы, отягощающие нейрореабилитацию: кардиологические заболевания, легочные заболевания, диабет, психическое состояние и целый ряд других, которые не дают возможности достичь серьезных результатов во всех случаях. К великому сожалению, произошла диссоциация в науке, разделились области: неврология и психиатрия, и это мешает практике. Сейчас происходит возврат к совместному лечению, реабилитации. Очень сложно привлекать в клинику специалистов терапевтов и кардиологов, практически нет в этой сфере психиатров, хотя это сфера психиатрии, когда возникают в резидуальном периоде депрессии, нарушения психики и поведения больных, когда необходима помощь гериатров и обоснование научное и практическое ведения этой категории больных.

Кроме того, еще одна проблема — катастрофическая ситуация в семье больного, потому что семья разрушается, семья заболевает. Исследования психологического состояния семьи, в которой находится такой больной, показали, что у 90% родственников возникают не только невротические реакции, но и состояния, которые требуют медицинского вмешательства. За год, когда был издан приказ, проделана огромная работа: были созданы центры в крупных городах. Пока они носят функциональный характер, не-

возможно построить центр, это очень сложная затея, которая требует не только технического оснащения в отношении строительства, оснащения аппаратурой, подготовки кадров. Но во что бы то ни стало нужно решить еще одну важнейшую проблему: в этом вопросе нельзя обойтись без специалистов, которые не занимаются той практикой, к которой привыкли и работают врачи. У врачей свои подходы, диагностика, лечение, применение фармакологических и физиотерапевтических методов, которые способствуют восстановлению, но врачи не занимаются важнейшими нарушениями, которые занимают огромное место по тяжести — это высшие когнитивные психические функции. Этим занимаются психологи, нейропсихологи, этим занимаются специалисты-дефектологи. 52% больных с поражением доминантного полушария нуждаются в этой помощи, это глубочайшие тяжелейшие инвалиды. В этом вся трагедия, это многими врачами, к сожалению, не понимается. Нет понимания этой проблемы, потому что никто с этой проблемой вплотную не сталкивается длительное время. Все внимание обращено на острый период, это такая «благословенная» территория — медицинское страхование — больного нужно выписать, несмотря ни на какие осложнения, домой или куда-нибудь еще. Нельзя оставлять такого больного, потому что он не оплачивается из ОМС. Более того, был издан приказ о том, что специалисты психологи не нужны. Но мы добились, что психологи включены как должностные в здравоохранении, а логопеды — нет. Представляете, что 52% больных, которые приходят в себя, выходят из коматозного состояния, в процессе нейрореабилитации, ранней нейрореабилитации не могут получать помощь этих специалистов, потому что их нет. Нет должности, нет зарплаты, нет льгот и т. д.

Сейчас в Москве, благодаря инициативе отдельных руководителей кафедр, клиник, в частности, профессора Скворцовой, организованы палаты ранней нейрореабилитации. Это хороший путь, это важнейший путь — создание таких палат. Они должны быть организованы во всех сосудистых отделениях. Но туда нельзя ввести дополнительные ставки, там работают энтузиасты в своей отрасли, но без всякой перспективы. Должен сказать, что Минздрав и Министерство соцразвития всегда были враждующими державами. В чем состоит труд этих специалистов, которые невероятно необходимы здравоохранению, все это понимают, кроме социального подразделения Минздравсоцразвития.

Существует очень много серьезных проблем, наших общих проблем, нам нужно организоваться. Врач должен заговорить, профессиональный долг должен восторжествовать!

Начало на стр. 2 ↗

ного цистита. В настоящее время во многих исследованиях показано, что терапия короткими курсами (до 3-х дней) или одной дозой является адекватной, и более длительная терапия не имеет никаких преимуществ. До последнего времени наряду с другими лекарственными препаратами для лечения острого неосложненного цистита широко использовались фторхинолоны, но в исследовании ECO-SENS Project в Испании и Португалии (2003 г.) было отмечено значительное возрастание резистентности штаммов *E. coli* к фторхинолонам: более 25% к налидиксовой кислоте и более 15% штаммов, устойчивых к ципрофлоксацину. В то же время в этом же исследовании устойчивость штаммов *E. coli* к ко-амоксициклу, нитрофурантоину, гентамицину, ципрофлоксацину была отмечена менее чем у 3% пациентов. Согласно рекомендациям Европейской ассоциации урологов (2004 г.), применение фосфомицина трометамола может быть эффективно в качестве монодозной терапии острого неосложненного цистита. В заключении докладчик подчеркнул, что при неэффективном лечении необходимо проведение урологического обследования.

Вопросы к докладчику:

— Через какой период времени Вы оцениваете клиническую эффективность препарата фосфомицин?

Ответ: Пациента следует предупредить, что клинические симптомы цистита остаются в течение нескольких дней после приема препарата и проходят через 5—7 дней, наши собственные исследования показывают, что эрадикация возбудителя наблюдается через 1—2 дня после приема.

— А может, увеличить дозу, и проявления цистита исчезнут быстрее?

Ответ: Было проведено исследование, в ходе которого оценивалось, какая схема лечения: 2-кратное или однократное применение фосфомицина ведет к более быстрому исчезновению симптомов цистита, так вот — результаты одинаковые.

— Как Вы считаете, целесообразно ли применять фосфомицин у пациентов с длительной катетеризацией мочевого пузыря с целью профилактики инфекции мочевыводящих путей?

Ответ: Это бесполезно, в данной ситуации лучше использовать другой препарат. С профилактической целью фосфомицин можно использовать перед эндоскопическими манипуляциями мочевыводящих путей, при однократной катетеризации мочевого пузыря.

Заключение Богомолова Б. П.: подчеркнул, что очаговая инфекция мочевыводящих путей может быть одним из проявлений общих инфекционных заболеваний, и об этом нельзя забывать. Отметил, что проблема инфекции мочевыводящих путей представляется более широкой, чем было представлено сегодня, но такие заседания полезны для тренировки клинического мышления врачей.

Ниже приводятся результаты анкетирования врачей, присутствовавших на заседании (38 респондентов).

1. Ответьте, какие из перечисленных показателей анализа мочи при отсутствии жалоб у пациента являются вариантом нормы, а какие заставляют Вас предположить наличие патологии — инфекции мочевыводящих путей?

	Считают вариантом нормы (%)	Считают патологией (%)	Затруднились ответить (%)
Лейкоциты: 3—5 в поле зрения;	89	—	11
Лейкоциты: 10—20 в поле зрения;	5	87	8
Лейкоциты: сплошь покрывают поле зрения;	—	89	11
Эритроциты: 2—3 в поле зрения;	63	26	11
Эритроциты: сплошь покрывают поле зрения;	—	89	11
Удельный вес мочи: 1012;	53	39	8
Удельный вес мочи: 1025;	37	45	18
Фосфаты в моче;	13	63	24
Оксалаты в моче	18	61	21

2. На амбулаторном приеме Вы заподозрили у пациента обострение хронического пиелонефрита. Укажите Ваши действия:

	%
Общий анализ крови	95
Общий анализ мочи	95
Определение содержания креатинина в крови	63
Проба Зимницкого	45
Исследование Нечипоренко	82
УЗИ почек	89
Консультация уролога	63
Консультация нефролога	39
Госпитализация в стационар	18
Назначение антибактериального лечения	68

3. Скольким больным с инфекцией мочевыводящих путей Вы делаете посев мочи?

	%
Никому	29
5—10%;	32
15—20%	5
около 50%	3
большой части пациентов	32

ИнтерНьюс

Снижение частоты коронарных событий в 1993—2002 г. может недооцениваться из-за введения более специфичного метода определения уровня тропонина

Д-р Вейко Салома и коллеги (Национальный Институт Общественного Здоровья, Хельсинки, Финляндия) проанализировали данные популяционного регистра всех коронарных событий (n = 14782) для четырех различных регионов Финляндии. Поправка на «эффект тропонина» была выполнена для 4359 событий, для которых определялись как тропонин, так и «старые» ферментные маркеры. Для любого инфаркта миокарда, впервые развившегося или повторного, коэффициент «эффекта тропонина» был меньше единицы. Так, в возрастной группе 35—74 года без соответствующей поправки снижение частоты впервые развившегося инфаркта миокарда у мужчин достигало 2,0% в год, у женщин — 1,0% в год. После поправки эти показатели составили 2,7% в обеих группах. Среди пациентов 75 лет и старше показатели до поправки составляли 0,2% и 0,3% в год соответственно, после поправки — 2,0% и 1,3% в год. Для снижения частоты всех случаев инфаркта миокарда в возрастной группе 35—74 года показатели изменялись от 3,1% до 3,9% у мужчин и с 1,9% до 3,9% у женщин. Среди лиц не моложе 75 лет эти значения менялись до 1,7% в год, как у мужчин, так и у женщин. Наконец, 28-дневная летальность снижалась у мужчин, но не у женщин, и «эффект тропонина» был довольно слабым. Снижение частоты и 28-дневной летальности сопровождалось значительным снижением смертности при инфаркте миокарда, в том числе и у пожилых мужчин.

Источник:
Eur. Heart. J. 2006; 27: 2394-99

Прием амоксициллина 1 раз в день не менее эффективен, чем 2-кратный прием, у детей с фарингитом, вызываемым стрептококком группы А

Д-р Г.В. Клегг провел исследование, включившее 652 ребенка с симптомами фарингита, предположительно вызванного стрептококком группы А, и положительными экспресс-тестами. Дети получали амоксициллин 750 или 1000 мг однократно ежедневно, или два раза в день по 375 или 750 мг, в течение 10 дней. Дозы были стратифицированы по весу пациентов. Мазки, взятые спустя 14—21 день после начала лечения, показали, что возбудитель сохранялся у 20,1% пациентов в группе, получавшей препарат однократно, и у 15,5% в группе с двукратным приемом. Соответствующие показатели по мазкам, взятым между 28 и 35 днями, составили 2,8% и 7,1%. Результаты согласовывались более чем на 95% без существенных различий между группами. Исследователи заключают, что однократный прием препарата подходит для лечения фарингитов, вызванных стрептококком группы А.

Источник:
Journal of Infectious Diseases

Курение матери во время беременности является причиной одного из пяти случаев синдрома внезапной детской смерти

Среди детей куривших матерей курение стало причиной почти двух из каждых трех случаев синдрома внезапной детской смерти. Фактически «курение матери во время беременности является первичным модифицируемым фактором риска синдрома внезапной детской смерти», утверждают исследователи. Д-р К. Салливан проанализировала данные о рождении и смерти детей в штате Джорджия (США) в течение периода с января 1997 года по декабрь 2000 года. Отчеты о 489494 рождениях включали информацию о курении матери. Девять процентов матерей сообщили о курении, общее число случаев синдрома внезапной детской смерти составило 438. Частота его среди детей, матери которых курили, была 2,4 на 1000 детей, и 0,8 на 1000 у детей от некурящих мам. По мнению авторов, 20,7% случаев синдрома внезапной детской смерти могли быть предотвращены отказом женщин от курения во время беременности. Среди детей с курившими мамами причиной 61,3% случаев синдрома внезапной детской смерти явилось курение.

Источник:
American Journal of Public Health

ИнтерНьюс

Депрессия у женщин — средство защиты от чувства беспомощности

Используя это предположение, врачи могут помочь женщинам снизить негативные ощущения, возникающие при тяжелых заболеваниях, как, например, артрит. У женщин уровень депрессии, вызванной страданием от хронической боли, гораздо выше, чем у мужчин в той же ситуации. В последнее время резко возросло количество данных о влиянии психологических факторов на здоровье и поведение личности. Это и способствовало проведению данного исследования, в котором участвовали 260 пациентов из Royal National Hospital for Rheumatic Diseases (RNHRD), страдающих хроническими болями. По мнению одного из авторов исследования — Э. Кео, сегодня принято думать, что боль — это больше, чем просто сенсорное переживание, и что такие факторы, как пол человека, эмоциональные условия, в которые он помещен, и его взаимодействие с другими людьми, могут содействовать болевым переживаниям.

Результаты проведенной им работы показали, что болевые эмоции тесно связаны с болевым поведением. Так, например, число визитов в больницу, количество принимаемых препаратов и ощущение бессилия влияет на переживание боли. Ранее уже было известно, что женщины показывают более высокий уровень депрессии, чем мужчины, и больше и чаще, чем представители сильного пола, жалуются на свою боль. Мужчины и женщины по-разному реагируют на лекарства и другие виды лечения, такие, как психологическое вмешательство, используемое для снятия болевого синдрома. Мужчины при высоком уровне депрессии принимают больше медикаментов, чем женщины в этой же ситуации.

Источник:
European Journal of Pain

У пловцов и ныряльщиков проблемы с ушами

Д-р М. Уанг из ЛОР отделения Тайбэйского госпиталя для ветеранов (Тайвань) опубликовали исследование, посвященное профессиональным отоларингологическим болезням пловцов и ныряльщиков. Для людей, проводящих много времени в воде или под водой, характерны острый диффузный внешний отит, отомикоз, экзостоз, травматический разрыв барабанной перепонки, инфекции среднего уха и баротравмы внутреннего уха. Острый диффузный наружный отит вызывается обычно бактерией *Pseudomonas aeruginosa*, сопровождается зудом, оталгией, отореей и звукопроводящей тугоухостью. Для лечения такого отита используют частую прочистку слухового канала, медикаментозное лечение оральным или местным образом, кислотную обработку слухового канала. Больным следует избегать плавания в загрязненной воде и использования ушных палочек с хлопчатобумажными кончиками. Экзостозы обычно развиваются у людей, плавающих в холодной воде, и характеризуются накоплением ушной грязи, отореей и развитием звукопроводящей тугоухости. Лечение экзостозов обычно заключается в трансмитальном хирургическом удалении опухолей. Травматический разрыв барабанной перепонки может происходить при катании на водных лыжах или нырянии с аквалангом (дайвинге). При этом наблюдаются потеря слуха, оталгия, оторрея, звон в ушах и головокружение. Барабанная перепонка может восстанавливаться самостоятельно, а в том случае, если этого не происходит, применяют тимпанопластику.

Пациентам с хроническим средним отитом и активным дренажом следует избегать плавания, в то время как прошедшие мастоидэктомию и не имеющие проблем с кавернами могут плавать без опаски. Неожиданная сенсоневральная тугоухость или некоторая степень головокружения может встречаться после глубоких погружений из-за разрыва круглого либо овального окна.

Источник: Vertigo.ru

Уважаемый Павел Андреевич!

Позвольте задать Вам несколько вопросов (мне действительно просто хочется получить на них ответ, они не содержат двойного смысла или сарказма)

1) Стандарты лечения существуют, а предусмотрена ли система контроля за их выполнением?

Уважаемая Ирина. Есть стандарты медицинской помощи и протоколы ведения больных, стандартов лечения нет. Все-таки система стандартизации предусматривает четкость терминологии. Но и системы контроля нет, и никак не могу добиться ее создания. Ведь как минимум система контроля должна работать в ДЛО! Казалось бы, этим должен заниматься Росздравнадзор и система медицинского страхования, но не занимаются, видимо, есть дела поважнее.

2) Кто и как должен расценивать ситуацию, при которой фактическое ведение больного резко отличается от прописанного в стандарте, а результаты лечения — хорошие...

Победителей не судят — говорил Иосиф Виссарионович. Стандарты именно

для того, чтобы победителей судить. Ведь можно не лечить вообще и неожиданно получить положительный результат, назначить сверхтоксичную дозу и случайно не отравить больного. Нас учили, что лечить нужно правильно, на это рассчитывает пациент, он врачу доверяет не как вольному художнику, а как профессионалу, знающему современные технологии. А для этого нужны правильные стандарты. Отступление от стандарта (а не абсолютное их игнорирование) возможно, оно должно быть процедурно оговорено. Такие подходы прописаны в проекте закона о государственных гарантиях, есть они и в инструкции по правилам назначения лекарств.

Кстати, в стандарте не указаны результаты лечения, которых предполагается достичь, используя стандарт.

Существующие стандарты медицинской помощи, действительно, не содержат результатов. Вместе с тем, любой результат может быть только с определенной вероятностью. Результативность заложена в Протоколах ведения больных — там есть специальный раздел. А публикуемые в нашей газете стандарты медицинской помощи в первую очередь нацелены на экономические расчеты затрат и носят для врача ориентировочный характер: он должен выполнить только те процедуры и назначить те лекарства, которые имеют индекс 1 — т. е. у 100% больных.

Это противоречит доказательной медицине — мы на веру (а не по факту!) принимаем, что если врач следует стандарту — результаты лечения будут отличными, а если не следует, то плохими. Но кто, как не Вы, лучше всех знаете, что сами стандарты созданы далеко не на принципах доказательной медицины.

Даже если все сделано правильно, больной может умереть, например, от анафилактического шока.

Стандарты созданы на принципах стандартизации — прошу Вас изучить (извините) документы, в частности «Основные положения стандартизации в здравоохранении». Первым принципом стандартизации является достижение консенсуса — согласия. В этом контексте доказательная медицина — лишь один из элементов обоснования отдельных положений стандартов. Если специалисты и чиновники договорились, что так правильно — то, значит, так правильно, даже если у отдельных товарищей есть на эту тему сомнения. И не на веру принимаем мы то или иное положение стандартов, а пытаемся научиться договариваться и обосновывать. Именно в этом и состоят принципы доказательной медицины.

С уважением Ирина Самородская.

Газету получила, спасибо!

С не меньшим уважением, спасибо за вопросы, и примите ответы. Я хочу опубликовать этот текст в газете, так как вопросы такие задаются часто. Жду от Вас разрешения на публикацию в таком виде. Заранее благодарен, П.А. Воробьев

ПИСЬМО ВТОРОЕ

Уважаемый Павел Андреевич!

«Если специалисты и чиновники договорились, что так правильно — то значит так правильно, даже если у отдельных товарищей есть на эту тему сомнения».

А это мне напоминает времена Лысенко... уж извините за сомнения... Кстати, что вы думаете о заместительной терапии при наркомании? Доказательств нет — а экспертные мнения разошлись в прямо противоположных направлениях...

А я, извините, не думаю, так как специалистом по наркомании не являюсь. Нет консенсуса — нет стандарта — все очень просто. Для меня. А уж про Лысенко, это совсем не из той оперы: Трофим Денисович науку ГРОМИЛ, несогласных сажали и расстреливали, я же, наоборот, — за мирное согласие, даже если нет убедительных доказательств. Вас смущил здесь чиновник, так ведь он — «слуга народа»: деньги народные раздаст, как же без него что-то решать? Ученые кричат

КОМПЬЮТЕР НА СТОЛЕ ВРАЧА

«дай», а чиновник должен всем распределить по справедливости. Вот поэтому и надо договариваться.

3) В чем принципиальное различие между стандартами медицинской помощи и протоколами ведения больных? Основные цели, которые решают стандарты и Протоколы?

И то и другое — документы системы стандартизации в здравоохранении. Протоколы — более обширные документы, в которых содержится максимальное количество структурированной и описательной информации о том, как диагностировать, лечить и профилактировать то или иное заболевание. Более того, в Протоколах имеются описания основ организации помощи при заболеваниях. Есть и алгоритмы выполнения помощи, основные возможные исходы, с указанием их частоты. По сути, Протоколы включают в себя стандарты меди-

цинской помощи, но имеют описательную составляющую. Они могут использоваться как для экономических обоснований, так и для управления качеством.

Про стандарты медицинской помощи см. выше.

4) Почему в российской практике не

приживаются принципы составления рекомендаций, аналогичные американской практике (Великобритания, Австралия). Судя по опубликованным на сайтах рекомендациях, практически каждый фрагмент рекомендаций основан на градации (класса) показаний к вмешательствам:

Группа I Вмешательство полезно и эффективно, основано на очевидности или общепринятых правилах.

Группа II Показания, определяемые конкретной ситуацией у данного пациента. Результат вмешательства не ясен, или есть расхождения во мнениях относительно полноты и эффективности.

а) больше свидетельств или мнений в пользу целесообразности и эффективности.

б) свидетельства целесообразности и эффективности менее убедительны (не так хорошо подтверждены) свидетельствами, мнениями.

Группа III Противопоказание. Вмешательство не полезно, а в некоторых случаях, может быть и вредным.

Это и представляет обоснование вынесения решения (результаты рандомизированных исследований, мета-анализы — уровень доказательств А, согласованное экспертное мнение — уровень доказательств С). Обращает внимание, что ссылка на уровень доказательности А обязательно подтверждается полной библиографией статьи, в которой представлены подтверждающие результаты.

Почему российские стандарты должны (??) опираться только на согласованное мнение? И почему в одних случаях при наличии доказательств должно использоваться только согласованное экспертное мнение, а в других — доказательства? Насколько я понимаю — экспертное мнение должно использоваться только тогда, когда нет доказательства?

Не так. Опять путаница: консенсус — это не экспертное мнение, а достижение согласия между различными точками зрения различных экспертов. Для того, чтобы достигнуть согласия, можно использовать данные хороших исследований (обозначив их буквой А или В), данные плохих исследований (обозначив их буквой С или D), отдельные наблюдения и мнение экспертов (обозначив это буквой Е). Эти буквы — оценка имеющейся информации. И ведь надо ПРИНЯТЬ РЕШЕНИЕ, которое может основываться, к примеру, на факте отсутствия денег. И при чем здесь тогда доказательства? В этом и есть принципиальное отличие стандартов от рекомендаций: последние рекомендуют что-то, невзирая на другие обстоятельства. А стандарты нужно выполнять, поэтому они создаются с учетом иных, кроме чисто научных, обстоятельств. Принятое решение в Протоколах помечается буквами А или В, если оно обосновано хорошими научными исследованиями, и С — если это только мнение экспертов, пусть и не вызывающее споров. Индексы D и E используются для подчеркивания отрицательного отношения к применению той или иной технологии и используются в Протоколах редко. Эта система почти идентична описанной Вами. В стандартах такое указание очевидно — если всем пациентам — то это полезно, если только части — то по показаниям. Что касается ссылок на литературу, то в Протоколе они приводятся.

5) Для кого предназначены Стандарты и для кого Протоколы? Для принятия решения по тактике ведения больного, чем должен руководствоваться практический врач?

Это уже похоже на пыточную камеру. И стандарты, и протоколы предназначены всем — и врачам, и больным, и юристам, и экономистам, и управленцам всех рангов. Каждый может их использовать в своих целях.

6) И все-таки кто должен (и должен ли?) считать насколько число аускультаций, пальпаций, в/м и в/в инъекций в реальной практике соответствует прописанному в стандарте? А если не должен, тогда почему это называется стандартом?

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 СТАРЧЕСКОЙ КАТАРАКТОЙ

1. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА

Категория возрастная: взрослые

Нозологическая форма: старческая катаракта

Код по МКБ-10: H 25

Фаза: первичная диагностика

Стадия: начальная

Осложнение: без осложнений

Условие оказания: амбулаторно-поликлиническая помощь

Приложение
к приказу Министерства
здравоохранения и социального развития
Российской Федерации
от 22 ноября 2004 г. № 234

1.1. ДИАГНОСТИКА

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.26.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии глаз	1	1
A01.26.002	Визуальное исследование глаз	1	1
A01.26.003	Пальпация при патологии глаз	1	1
A02.26.001	Исследование переднего сегмента глаза методом бокового освещения	1	1
A02.26.002	Исследование сред глаза в проходящем свете	1	1
A02.26.003	Офтальмоскопия	1	1
A02.26.004	Визометрия	1	1
A02.26.005	Периметрия	1	1
A02.26.007	Механофосфен	1	1
A02.26.013	Определение рефракции с помощью набора пробных линз	1	1
A02.26.015	Тониметрия глаза	1	1
A03.26.001	Биомикроскопия конъюнктивы с помощью щелевой лампы	0,01	1
A03.26.007	Лазерная ретинометрия	0,01	1
A03.26.008	Рефрактометрия	0,01	1
A03.26.009	Офтальмометрия	0,01	1
A04.26.001	Ультразвуковое исследование глазного яблока	0,01	1
A05.26.001	Регистрация электроретинограммы	0,01	1
A05.26.002	Регистрация зрительных вызванных потенциалов коры головного мозга	0,001	1
A05.26.003	Регистрация чувствительности и лабильности зрительного анализатора	0,01	1
A05.26.004	Расшифровка, описание и интерпретация данных электрофизиологических исследований зрительного анализатора	0,01	1
A05.26.007	Электроокулография	0,001	1

1.2. ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА НА 1 ГОД

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.26.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии глаз	1	2
A01.26.002	Визуальное исследование глаз	1	2
A01.26.003	Пальпация при патологии глаз	1	2
A02.26.001	Исследование переднего сегмента глаза методом бокового освещения	1	2
A02.26.002	Исследование сред глаза в проходящем свете	1	2
A02.26.003	Офтальмоскопия	0,5	2
A02.26.004	Визометрия	1	2
A02.26.005	Периметрия	0,5	2
A02.26.013	Определение рефракции с помощью набора пробных линз	0,5	2
A02.26.015	Тониметрия глаза	1	2
A03.26.001	Биомикроскопия конъюнктивы с помощью щелевой лампы	0,01	1
A09.26.001	Микробиологическое исследование глазных структур и жидкостей	0,01	1
A23.26.001	Подбор очковой коррекции	1	2
A25.26.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях органов зрения	1	2

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД**	ЭКД***
Лекарственные средства, использующиеся при офтальмологических заболеваниях, не обозначенные в других рубриках			0,9		
		<i>Стимуляторы регенерации и ретинопротекторы</i>	1		
		Таурин	1	2 мг	730 мг
Витамины и минералы			0,1		
		<i>Витамины</i>	1		
		Тиамин	1	0,1 мг	36,5 мг
		Аскорбиновая кислота	1	0,05 мг	18,25 мг
		Никотиновая кислота	1	0,1 мг	36,5 мг
Растворы, электролиты, средства коррекции кислотного равновесия, средства питания			0,1		
		<i>Электролиты, средства коррекции кислотного равновесия</i>	1		
		Калия йодид	1	15 мг	5475 мг

* — анатомо-терапевтическо-химическая классификация.

** — ориентировочная дневная доза.

*** — эквивалентная курсовая доза.

2. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА**Нозологическая форма:** старческая катаракта**Код по МКБ-10:** H 25**Фаза:** первичная диагностика**Стадия:** незрелая и зрелая**Осложнение:** без осложнений**Условие оказания:** реабилитация**2.1. ДИАГНОСТИКА**

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.26.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии глаз	1	1
A01.26.002	Визуальное исследование глаз	1	1
A01.26.003	Пальпация при патологии глаз	1	1
A02.26.001	Исследование переднего сегмента глаза методом бокового освещения	1	1
A02.26.002	Исследование сред глаза в проходящем свете	1	1
A02.26.003	Офтальмоскопия	1	1
A02.26.004	Визометрия	1	1
A02.26.005	Периметрия	1	1
A02.26.007	Механофосфен	1	1
A02.26.013	Определение рефракции с помощью набора пробных линз	1	1
A02.26.015	Тонометрия глаза	1	1
A03.26.001	Биомикроскопия конъюнктивы с помощью щелевой лампы	1	1
*	Биомикроскопия глаза	1	1
A03.26.007	Лазерная ретинометрия	0,01	1
A03.26.008	Рефрактометрия	0,3	1
A03.26.009	Офтальмометрия	1	1
A04.26.001	Ультразвуковое исследование глазного яблока	0,01	1
*	Ультразвуковая биометрия глаза	0,01	1
A05.26.001	Регистрация электроретинограммы	0,01	1
A05.26.002	Регистрация зрительных вызванных потенциалов коры головного мозга	0,001	1
A05.26.003	Регистрация чувствительности и лабильности зрительного анализатора	0,05	1
A05.26.004	Расшифровка, описание и интерпретация данных электрофизиологических исследований зрительного анализатора	0,01	1
A05.26.007	Электроокулография	0,001	1

1.2. ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА НА 1 МЕСЯЦ

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.26.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии глаз	1	3
A01.26.002	Визуальное исследование глаз	1	3
A01.26.003	Пальпация при патологии глаз	1	3
A02.26.001	Исследование переднего сегмента глаза методом бокового освещения	1	3
A02.26.002	Исследование сред глаза в проходящем свете	1	3
A02.26.003	Офтальмоскопия	1	3
A02.26.004	Визометрия	1	3
A02.26.005	Периметрия	0,25	1
A02.26.013	Определение рефракции с помощью набора пробных линз	0,5	1
A02.26.015	Тонометрия глаза	1	3
A03.26.001	Биомикроскопия конъюнктивы с помощью щелевой лампы	1	3
A09.26.001	Микробиологическое исследование глазных структур и жидкостей	0,01	1
A23.26.001	Подбор очковой коррекции	1	2
A25.26.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях органов зрения	1	3

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД**	ЭКД***
Анальгетики, нестероидные противовоспалительные препараты, средства для лечения ревматических заболеваний и подагры					
	<i>Ненаркотические анальгетики и нестероидные противовоспалительные средства</i>		0,2		
		Диклофенак	0,2	0,5 мг	15 мг
Гормоны и средства, влияющие на эндокринную систему					
	<i>Неполовые гормоны, синтетические субстанции и антигормоны</i>		1		
		Дексаметазон	0,95	0,5 мг	15 мг
		Гидрокортизон	0,05	2,5 мг	75 мг
Средства для профилактики и лечения инфекций					
	<i>Антибактериальные средства</i>		1		
		Антибиотики	1		
		Хлорамфенико	0,9	1,25 мг	37,5 мг
		Гентамицин	0,05	1,67 мг	50 мг
		Ципрофлоксацин	0,05	1,67 мг	50 мг
	<i>Сульфаниламиды</i>		1		
		Сульфациетамид	1	100 мг	3000 мг

* — анатомо-терапевтическо-химическая классификация.

** — ориентировочная дневная доза.

*** — эквивалентная курсовая доза.

**Книги издательства
«НЬЮДИАМЕД»
можно приобрести:**

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

Как получить нашу газету? БЕСПЛАТНО!

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

Вы можете передать для внесения в базу данных сведения не только о себе, но и о своих друзьях — московских докторов, а также врачах 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

Считать затраты нужно. Рано или поздно мы к этому придем, сегодня медицинское учреждение «на содержании» и ничего считать не хочет. Называется методология счета — «клинико-экономический анализ». Как минимум должны быть использованы ABC, VEN и частотный анализы выполненных медицинских технологий. Кто это будет считать? — для этого нужна система управления качеством медицинской организации.

7) Необходимо ли учитывать для внесения в стандарт ожидаемые отдаленные результаты лечения (то есть, для чего, собственно говоря, выполняется то или иное вмешательство — улучшение качества жизни, увеличение продолжительности жизни, улучшение инструментально-лабораторных показателей, без наличия данных о продолжительности и качестве жизни?)

Да, нужно, и эти параметры вносятся при создании Протокола ведения больных.

8) Каковы должны быть принципы определения оптимальной компенсации затрат медицинских учреждений — на основе стандартов или на основе клинико-затратных групп?

Не понятно, что такое клинико-затратные группы. Если это возврат к клинико-статистическим группам, придуманных в Америке лет 30 назад — то это явный шаг назад в развитии системы управления качеством медицинской помощи. Они были созданы для упрощения и упорядочивания расчетов в системе медицинского страхования. Их делали на основании реальных затрат, но к ним масса претензий и у разработчиков, и у врачей, и у плательщиков. Надо ли нам наступать на грабли — не уверен. Все слабые стороны этой идеологии известны, главное — эти группы, не влияя на качество, легко увеличивают затраты за счет простых манипуляций с диагнозами.

Следует сказать, что и клинические рекомендации и стандарты «протоколы ведения» больных встречают почти одинаковое сопротивление со стороны врачей-специалистов. Во всех странах существуют создатели нормативных документов и их противники.

С этим трудно не согласиться, но отечественное сопротивление носит изоциренный характер: никто не хочет ни о чем договариваться, все ловят рыбу в мутной воде, мутя ее постоянно, чтобы не дай бог, не стала она прозрачной. Такая ситуация, по словам Е. Ясина, «...устраивает всех: врачей, чиновников, ученых — не устраивает оно только людей».

ИнтерНьюс

Нефракционированный гепарин, используемый в профилактических или терапевтических целях, ассоциируется с большим числом случаев венозных тромбозов, чем низкомолекулярные гепарины

Гепарины используются для профилактики венозных тромбозов и тромбоземболий, однако их эффективность различается. Д-р Р.Дж. Левин из Университета Техаса, (Хьюстон) выявлял исследования, в которых встречались случаи новых или повторных венозных тромбозов и гепарининдуцированный тромбоцитопений у пациентов, получавших в профилактических целях гепарин или низкомолекулярные гепарины. Гепарининдуцированная тромбоцитопения была подтверждена серологически. Ученые обнаружили 10 исследований, в которых применялся нефракционированный гепарин (внутривенно или подкожно), или низкомолекулярные гепарины (подкожно), и отмечались венозные тромбозы. В общей сложности, в исследованиях было 6219 пациентов, получавших гепарины, из них у 386 пациентов развились венозные тромбозы, и у 32 пациентов — гепарининдуцированная тромбоцитопения. Венозные тромбозы развились у приблизительно 13% пациентов, получающих гепарин, и только у 0,7% пациентов, получающих низкомолекулярные гепарины, что составляет 21-кратное увеличение вероятности венозных тромбозов на фоне нефракционированного гепарина.

Источник: Сайт Солвей Фарма

Старейшая, по данным Книги рекордов Гиннеса, жительница Земли Мария Эстер де Каповилья скончалась 27 августа 2006 г. в возрасте 116 лет в Эквадоре. Как сообщила ее внучка Катерин, женщина умерла в больнице города Гуаякиль, заболев воспалением легких. Мария Эстер де Каповилья родилась 14 сентября 1889 года. Замуж она вышла в 1917 году, а овдовела в 1949-ом. В конце прошлого года она была признана старейшей жительницей нашей планеты. Трое из ее пяти детей живы по настоящее время. У нее также остались 12 внуков, 20 правнуков и 2 праправнуков. Последнее 20 лет она жила со своей старшей дочерью. По словам родных, Мария Эстер в детстве любила рисовать, играть на пианино и танцевать вальс. Она питалась три раза в день, никогда не курила и не употребляла крепких алкогольных напитков. Как сообщает ИТАР-ТАСС, представители Книги рекордов Гиннеса считают, что теперь звание старейшей жительницы Земли может перейти к Элизабет Болден из Мемфиса (штат Теннесси, США). Ей 116 лет, но она родилась на 11 месяцев позже Марии Эстер де Каповильи. Официальное объявление на этот счет должно быть сделано в Лондоне.

Источник:

Вестник Геронтологического общества РАН № 11, 2006

«Домашние» цифры АД позволяют судить о риске инсульта

Японские ученые наблюдали за 1766 лицами старше 40 лет, которые в течение 4 недель самостоятельно измеряли АД утром, в течение 1 ч после пробуждения, и вечером, перед отходом ко сну. Средние уровни систолического и диастолического АД были несколько ниже утром, чем вечером: 125,0/75,0 против 123,0/73,2 мм рт. ст. У лиц с артериальной гипертензией (АД не ниже 135/85 мм рт. ст. утром и вечером) относительный риск инсульта за 11 лет наблюдения составил 2,38 по сравнению с участниками с более низким артериальным давлением. При гипертоническом уровне АД только по утрам риск инсульта был практически таким же (2,66). Максимальным риском инсульта был у пациентов, принимающих антигипертензивные препараты (3,55), очевидно, из-за их неадекватного эффекта в ночные часы. Кроме того, антигипертензивная терапия может быть маркером более тяжелой гипертензии и, следовательно, высокого риска инсульта, предполагает д-р К. Асаёма из Школы фармакологии и медицины Университета Тохоку, Япония.

Источник:

Hypertension 2006; advance online publication

Инфузионная терапия затрагивает интересы многих отраслей медицины. Одним из ее действенных и эффективных инструментов являются хорошо известные коллоидные плазмозаменители. История использования этих препаратов насчитывает немногим менее века. Впервые они были синтезированы в Германии в период первой мировой войны. В 1915 г. Ноган использовал для внутривенного введения препарат на основе медицинской желатины. Вторая мировая война стимулировала появление декстранов, и позднее, в 60-х годах прошлого века, были синтезированы гидроксипропилкрахмалы. Именно с 60-х годов коллоиды широко вошли в клиническую практику.

За это время коллоидные плазмозаменители претерпели существенную эволюцию, включающую и сам термин. Что, по сути, подразумевается под термином «плазмозаменитель»? Препарат, замещающий какую-либо функцию плазмы крови. В момент появления коллоидных растворов были единственными препаратами, замещающими функции плазмы, причем несколько разных функций. Их классифицировали на гемодинамические, дезинтоксикационные, препараты для парентерального питания и т. д. В настоящее время ситуация изменилась. Дезинтоксикационные кровезаменители (гемодез, некомпенсан) практически покинули клинику, где их заменили более действенные методы детоксикации. Растворы аминокислот вместе с относившимися к плазмозаменителям концентрированными растворами глюкозы полностью отошли в ведение нутрициологов, и их использование регламентируется другими правилами и особенностями. Т. е. из прежних функций коллоидов осталось только объемозамещение.

С другой стороны, в клинике появилось множество других лекарственных средств, замещающих или корригирующих функции плазмы крови и имеющих полное право претендовать на титул «функционального плазмозаменителя» — это очищенные и генно-инженерные препараты факторов свертывания, препараты антитромбина и протейна С, так называемые фармацевтические гемостатики и т. д. В сложившихся условиях целесообразно конкретизировать, в чем именно плазмозаменители замещают плазму. В связи с чем для коллоидных растворов более адекватным термином является объемозамещающие или полно-синтетические коллоидные объемозамещающие растворы.

Итак, оболочка коллоидов несколько изменилась. А суть?

Суть коллоидных растворов также претерпела серьезные изменения.

Надо отдать должное высокой эффективности синтетических коллоидов первого поколения. По своим волевым свойствам они не уступают, а то и превосходят позднее созданные препараты. Чем же они не устроили клиницистов и фармакологов? Высокой токсичностью! В первую очередь по отношению к системе гемостаза и функции почек. Насколько менее значима их аллергенность.

Наиболее яркой иллюстрацией являются низкомолекулярные декстраны (отечественный реополиглокин и зарубежные аналоги — реомакродекс, декстран-40). Для них описаны все известные механизмы угнетения гемостаза, при этом по сей день они являются самыми мощными антиагрегантными препаратами, синонимом синдрома острого гипертонического повреждения почек (проявление нефротоксичности коллоидов) — «декстрановая почка».

Известна аллергенность декстранов. Причем следует учитывать что, что соединения, аналогичные декстранам, используются в составе ряда бытовых веществ, при контак-

те с которыми пациент и может быть предварительно sensibilized к этим препаратам.

Итак, имея на вооружении высокоэффективные, но и достаточно опасные синтетические коллоидные растворы, клиницисты потребовали от производителей поиска новых препаратов. Направлением этого поиска и было снижение токсичности. Так в группе производных желатина появилась группа сукцинированного или модифицированного жидкого желатина (единственный препарат этой группы, зарегистрированный в России — Гелофузин), а производные мочевиносвязанного и оксиполижелатина были исключены из клинической практики.

Наиболее показательной эволюции синтетических коллоидов можно проследить в модельном ряду гидроксипропилированных крахмалов. Для препаратов первого поколения — высокомолекулярных высокозамещенных крахмалов ГЭК 450/0.7 (группа hetastarch) — описаны все известные механизмы влияния на систему гемостаза: антиагрегантное действие, специфическое снижение активности компонентов комплекса VIII фактора

ОБЩИЙ АНАЛИЗ

от А. Ю. Буланова

ЭВОЛЮЦИЯ КОЛЛОИДНЫХ ПЛАЗМОЗАМЕНИТЕЛЕЙ

ПЛАЗМОЗАМЕЩАЮЩИЕ РАСТВОРЫ

Гелофузин® 4%

раствор на основе модифицированного желатина

- Обеспечивает 100% плазмозамещающий эффект длительностью 3–4 часа
- При массивных кровопотерях применяется в дозах до 10–15 л в сутки
- Не накапливается в тканях
- Выводится 95% почками и 5% кишечником
- Не оказывает отрицательного воздействия на гемостаз
- Используется при почечной недостаточности
- Двукратная экономическая выгода при аналогичном влиянии на показатели гемодинамики в сравнении с 6% HES 130/0, 42/6:1
- Улучшает микроциркуляцию эффективнее, чем препараты ГЭК
- Обладает выраженным детоксикационным эффектом

Современно
Эффективно
Безопасно



Венофундин® 6%

гидроксипропилированный крахмал 130/0, 42/6:1

- Быстрое и надежное восстановление гемодинамических параметров
- Не оказывает негативного влияния на коагуляцию
- Не аккумулируется в организме при многократном использовании высоких доз
- Обеспечивает 100% плазмозамещающий эффект в течение 4–6 часов
- Полностью выводится из плазмы через 24 часа
- Нет побочных эффектов, соответствует золотому стандарту инфузионной терапии, учтены все ошибки предшественников

B. BRAUN
SHARING EXPERTISE

Б.Браун Медикал, ООО
196128, Санкт-Петербург, а/я 34
e-mail: office.spb@bbrain.com
телефон: (812) 320-40-04
факс: (812) 320-50-71
Москва: (495) 747-51-91

HES 130/0, 42/6:1

свертывания, способность активировать фибринолиз. Препараты второго поколения — среднемолекулярные среднезамещенные крахмалы ГЭК 200/0.5 (группа pentastarch) — не обладают профибринолитическим действием. Гемостазиологические эффекты крахмалов последнего поколения — среднемолекулярных низкозамещенных ГЭК 130/0.4 (группа tetrastarch) — по данным большинства исследований (в том числе и автора статьи) не задействуют специфические механизмы и не выходят за рамки банальной гемодилюции.

Продолжение на стр. 8

ИнтерНьюс

За заражение ВИЧ пострадавшая хочет отсудить 10 МИЛЛИОНОВ рублей

Жительница Воронежа была заражена ВИЧ при переливании крови в роддоме. Женщина-донор сдавала кровь восемь раз, и все было в порядке, однако в мае 2005 г. анализ донорской крови на ВИЧ оказался положительным. В ходе расследования было установлено, что и.о. заместителя главврача ГУЗ «Станция переливания крови» Горбачев, получив от врача лаборатории станции информацию об обнаружении инфекции в крови одного из доноров, не доложил главврачу о выявлении ВИЧ-инфекции. Не стал он выяснять и адреса всех медучреждений, куда уже отправлены препараты из крови этого донора, и срочно отзывать их для утилизации.

Комиссия Росздравнадзора 25 декабря 2005 г. аннулировала лицензию Воронежской СПК. Выяснилось, что порядок проверки доноров не соблюдался, и получить ВИЧ через донорскую кровь могли еще две сотни человек. Всех их принялись срочно разыскивать и проверять. Они, к счастью, инфицированы не были.

На станции провели реконструкцию, полностью заменили оборудование, и новый главврач А. Бахметьев доложил, что гарантирует безопасность и качество. В области создали филиалы Воронежской областной СПК, повысили ее финансирование из бюджета. Создана компьютерная база доноров и антидоноров, кровь которых непригодна для переливания. Весной этого года лицензию Воронежской СПК восстановили.

Горбачеву предъявили обвинение по ст. 293 ч. 2 УК РФ — «Халатность, повлекшая по неосторожности причинение тяжкого вреда здоровью человека», однако в связи с амнистией по случаю 100-летия Государственной Думы и достижением обвиняемым 60-летнего возраста уголовное дело было прекращено. Пострадавшая женщина 30 октября подала в суд иск на областную СПК с требованием компенсации морального ущерба в размере 10 млн руб.

Источник:

По материалам отечественных СМИ
02.11.2006

У дошкольников с избыточным весом выше риск избыточного веса и ожирения в подростковом возрасте

В исследовании американского Национального Института здоровья детей и развития человека индекс массы тела регистрировался у 1042 здоровых детей 1991 г. р. в возрасте 2, 3, 4, 5, 7, 9, 11 и 12 лет. Затем д-р Ф. Надер рассчитывал отношения шансов для избыточного веса и ожирения в возрасте 12 лет в зависимости от предшествующих значений индекса массы тела. Выяснилось, что у детей с избыточным весом (индекс массы тела выше 85-ой перцентили) как минимум при одном измерении в 24—54 месяца, в 5 раз чаще выявлялся избыточный вес и в 12 лет по сравнению с детьми со стабильно нормальной массой тела. У 60% дошкольников с избыточным весом и 80% детей с избыточным весом в начальной школе к 12 годам сохранялся избыточный вес. С другой стороны, ни у кого из детей с индексом массы тела ниже 50-ой перцентили во время учебы в начальной школе не выявлялся избыточный вес к 12 годам.

Источник:

Pediatrics 2006; 118: e594-e604

Чем ниже вес при рождении, тем выше систолическое АД у взрослых

Д-р А.А. Девис из Университета Бристолья, Великобритания, изучая происхождение гипертонии у взрослых, использовала базу данных, включавшую 25874 служащих, прошедших скрининговое обследование перед приемом на работу. Вес при рождении был установлен при опросе служащих. В целом, пропорционально возрасту и полу, систолическое АД снижалось на 0,8 мм рт. ст. для каждого килограммового увеличения веса при рождении. Для 744 субъектов с известным весом при рождении систолическое АД снижалось на 1,4 мм рт. ст. для каждого килограммового увеличения веса. Для пациентов старше 55 лет снижение артериального давления составило 33,9 мм рт. ст. для каждого килограмма увеличения веса при рождении.

Источник: Hypertension, 2006

Начало на стр. 7

Следует отметить, что минимизация гемостазиологических эффектов одних препаратов ГЭК, тем не менее, не закрывает путь в клинику другим. Так, в ряде ситуаций из модельного ряда гидроксипентакрахмалов предпочтительны пентакрахмалы (Рефортан, Хаэс-стерил, Гемохес), обладающие в отличие от ГЭК 130/0.4 значимым антиагрегатным и гипокоагуляционным действием.

Аналогичны изменения и нефротоксичности крахмалов. Она характерна для гетакрахмалов и концентрированных растворов (10%) пентакрахмалов, в меньшей степени для 6% растворов пентакрахмалов. За 6 лет применения эпизодов ОПН, связанных с инфузией ГЭК 130/0.4, не описано, а ряд исследований ставят их на одну ступень с модифицированными желатинами, отсутствие нефротоксичности которых доказано временем.

Токсические свойства дозозависимы. Потому изложенные изменения нашли числовое выражение в принятых максимальных безопасных дозировках растворов ГЭК различных поколений. Так, доза гетакрахмалов не должна превышать 20 мл/кг массы тела в сутки, максимальная безопасная дозировка пентакрахмалов (6%) — 33 мл/кг массы тела, тетракрахмалы зарегистрированы в максимальной дозе 50 мл/кг.

Декстраны, в отличие от коллег по цеху, не смогли или не захотели вступить на путь эволюции, за что и поплатились. В настоящее время в мире наблюдается снижение и научного и практического интереса к данной группе объемозаменяющих растворов. Так, из 2454 работ по инфузионной терапии, цитируемых в Medline в период 2000—2003 гг., ни одной не посвящено декстранам. По данным эпидемиологического исследования M.S. Miletin и соавт., опубликованного в Inten. Care Med. в 2002 г., специалисты по инфузионной терапии не обсуждают декстраны с точки зрения выбора ни при одном из критических состояний. Согласно статистике, декстраны составляют не более 1% (!) всего объема синтетических коллоидов, используемых в Германии.

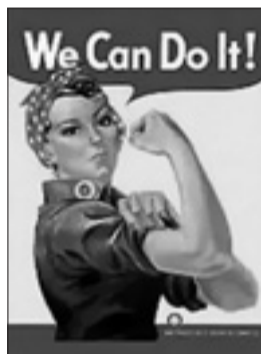
В России по данным многоцентрового исследования «КрисКо», законченного в прошлом году, декстраны со-

По телевизору что ни день — то парад геев, то — лесбиянок, то — трансвеститов. Это что? — подготовка к войне? Или парад Победы?

(анекдот)

Общество постепенно становится обществом голубых гомункулусов. Пока этого еще не почувствовали, не поняли наши граждане, за повседневными заботами и борьбой за кусок хлеба, ведущейся с переменным успехом.

Сообщают о культивировании яйцеклетки коровы с человеческим ядром. И всерьез обсуждают, кто будет вынаши-



ФУТУРИЗМ

от П. Медика

ДОМОСТРОЙ В УСЛОВИЯХ НАРАСТАЮЩЕЙ ФЕМИНИЗАЦИИ



вать этого кентавра — женщина или корова. Можно усмехнуться очередной журналистской шутке, а можно и пожить.

Сдача пуповинной крови на хранение для того, чтобы потом — может быть — из нее добыть для ребенка стволовые клетки уже не сон, а повсеместная явь. Зачем ее хранят, откуда у молодых семей деньги — по 1000 долларов в год за хранение? А главное, ведь собирая генетический материал, с ним можно сегодня манипулировать. Можно оплодотворять спермой борцов, штангистов, киноартистов и Нобелевских лауреатов яйцеклетки вполне заурядных девушек. Зачем им юноши из соседней деревни? Но можно и ядрами из стволовых клеток оплодотворять — даже если такой технологии еще нет, сделать ее — дело короткого времени.

На улицах городов Скандинавии бросается в глаза обилие колясок с двойняшками. Это — жертвы, нет, нет, не аборта, а ЭКО — экстракорпорального оплодотворения. В пробирке растут сразу несколько оплодотворенных яйцеклеток, потом часть из них уничтожают, уже в утробе матери. И многие просят оставить два зародыша — а вдруг с одним что-то будет. Или разом, за 9 месяцев, отлучившись, получить сразу нормальную семью из 2-х детей. В этом ничего плохого, если бы большинство детей были бы не проби-

ставляя около 70% всех используемых синтетических коллоидов. Причины этого, скорее всего, чисто экономические: отечественный полиглюкин дешевле аналогичных по волемическому эффекту тетракрахмалов в 2—2,5 раза. Конечно, доказательно оценить эту экономию может только фармакоэкономическое исследование, но и приблизительный подсчет достаточно нагляден. Например, инфузия 1000 мл Полиглюкина экономит 600 рублей. Но если это приводит к нарушениям гемостаза с геморрагическим синдромом — дополнительные затраты (трансфузия СЗП) — как минимум 1000 рублей. А если трансфузия СЗП осложнится... А сколько будет стоить гемодиализ в случае развития «дестрановой почки»?

Среди врачей бытует мнение, что если инфузия составляет до 500 мл, то в принципе не важно, какой раствор использовать: безопасный ГЭК или токсичный декстран. При такой дозе ни нефротоксичность, ни геморрагические свойства не проявятся, ...скорее всего, ...если у пациента не скомпрометированы почки и нет пусть даже скрытой патологии гемостаза (например, болезнь Виллебранда, которая, как известно, отмечается у 1 из 100 человек, причем в 95% случаев протекает в скрытой форме). А всегда ли можно гарантировать отсутствие этого, в особенности у пациента, поступающего в экстренном или срочном порядке в критическом состоянии, требующем немедленного начала терапии.

Еще одни путь повышения безопасности коллоидов — использование их в составе комбинированных препаратов с гипертоническими солевыми растворами. Метод получил название «малообъемной реанимации» (small volume resuscitation). В этом случае основной волемический эффект достигается за счет гипертонического раствора (NaCl 7—10%), гипертонический же коллоид лишь удерживает его в сосудистом русле. Такой комбинированный препарат (именуемый гипертоническим гиперонкотическим) обладает высокой (четырекратно превышающей эффект обычных синтетических коллоидов) объемной и гемодинамической активностью, что позволяет использовать его в меньшей дозе. Учитывая дозозависимость токсических эффектов коллоидов, редукция дозы способствует большей безопасности терапии.

рочными. Получается, что чаще естественного способа делать детей уже не используют! Или столько «проблемных» женщин? Или столько проблемных мужчин?

Почти 70% скандинавских женщин супругов не имеют. Или живут гражданским браком. Началось все во Франции, где после 2-й мировой войны средства на содержание ребенка стали сопоставимыми с деньгами, зарабатываемыми женщиной на службе. На пособие для второго ребенка можно было неплохо жить. Позже суммы пособий увеличились, и женщина мать-одиночка вообще перестала нуждаться в кормильце-муже. Франция голубела...

Все сегодня знают про проблемы наших семей — большинство разводится вскоре после женитьбы. Исчезла материальная необходимость в наличии семьи, сейчас, в рамках новых проектов женщине «добавят» денег, и она перестанет — как во Франции, нуждаться в мужике окончательно. А как с моралью? Как с традициями? — да давно с ними общество покончило.

В 70-х годах появились специальные оранжевые жилеты для дорожных рабочих, и тут выяснилось, что рабским этим трудом заняты исключительно женщины. Сегодня асфальт кладут приезжие хмурые мужики, а женщины продолжают свою рабскую вахту на дорогах, но уже в качестве проституток. И ведь имидж этой профессии не столь уж отрицателен — вопрос лишь в легкости заработка, и вдоль наших дорог десятки, если не сотни тысяч девушек стоят, сидят в авто или ждут клиентов в придорожных мотелях и саунах. Мужчина — источник дохода. И все. Как к нему относится девица? — ну уж точно не как к божеству, хозяину, любимому, отцу семейства и т. д.

Ключевые посты «отдавливаются» феминизмом: президент за президентом, мэры городов, начальники полиции, солдаты, полицейские и т. д. И все под лозунгами равенства полов. Но равенство подразумевает и равенство физическое. Значит, появятся в обильном количестве гермафродиты, либо жено-мужчины, боди-вумены, которые будут выполнять «силовые» функции. Другие дамы будут заниматься вынашиванием детей (видятся коровники с усиленным питанием и классической музыкой, где 9 месяцев будущая мама будет возлежать).

Да вот и новая информация — в сперме, извергаемой мужчиной, стало уменьшаться количество сперматозоидов — пока примерно в 10 раз. В целом не заметно, но может быть, Природа так отреагировала на меняющееся значение лиц мужского пола в обществе? Друзья-мужчины — сколько нам еще осталось в формирующемся обществе амазонок? Наш с вами дорогой хромосомный Игрек исчезнет в природе окончательно (мы и так беднее женщин на часть генов, у нас от них болезни — например, гемофилия, которую женщины разносят, сами не болея)? Пора братья за оружие! Спасайте, пока можно, мужчин. Может быть, резервации нам создадут? Будем как уссурийские тигры или леопарды...



Дорогие коллеги!

Как никогда быстро пролетел очередной год. Кажется только вчера мы писали поздравления с наступающим 2006-ым... И вот он позади. Мы с вашей помощью продуктивно поработали: нам кажется, что мы (и надеемся что вы тоже не без нашей помощи) стали чуть-чуть профессиональнее, активнее и оперативнее. Значительно вырос тираж и объем газеты: более 6000 подписчиков и 10 полос 2 раза в месяц. Нас чрезвычайно радует, что почти половина наших подписчиков — это наши коллеги из других городов России и стран СНГ. Авторские материалы стали нормой, а не исключением.

Мы очень надеемся, что наша работа востребована Вами, позволяет вам вынырнуть из рутины будней, почитать, задуматься, проанализировать... Мы будем стараться, чтоб и в 2007 году и газета и заседания общества стали еще интереснее и полезнее для Вас. Но для этого нам нужно знать, что Вам интересно, что Вы хотите изменить или улучшить в нашей работе. Мы всегда открыты для диалога! Ни одно из Ваших писем не останется без внимания! Не стесняйтесь — рассказывайте о Вашей работе, сложностях, достижениях! В этом году нам бы очень хотелось продолжить публикации о врачебных династиях — мы ждем от Вас рассказов о ваших родных и близких-врачах. Быть может Вы не являетесь членом такой династии, но у Вас есть знакомые, судьба которых на протяжении нескольких поколений связана с медициной — расскажите нам о них!

**От всей души поздравляем Вас с наступающим Новым годом!
Пусть наступающий год будет наполнен любовью, благополучием, процветанием!
Здоровья и оптимизма Вам и Вашим близким!**

Редакция газеты «Вестник МГОТ»



ПИСЬМА

В «ГАЗЕТУ МОСКОВСКИЙ ДОКТОР»

В сентябрьской газете «Московский доктор» № 17 дважды перечитывал статью «Решетки на окнах — чтоб больные не убежали». К моему стыду я не знал, что с 2000 г. у нас есть «Лига защитников пациентов», есть ее Президент Александр Владимирович Саверский и даже есть «целый ряд региональных отделений». На примере нашего города я не заметил, чтобы кто-нибудь по настоящему занимался защитой пожилых пациентов от равнодушия медицинских чиновников и даже от равнодушия врачей. У многих пациентов нищенская пенсия, у них же, как правило, 2—3 серьезных заболевания, требующих постоянного лечения. На свою пенсию они не могут приобрести нужные медикаменты, лечатся, в основном, тем, что предлагают в газетах прословутые «народные целители». А очень многим пожилым пациентам обещанное государством льготное лечение становится недоступным только потому, что им самим трудно оформить нужные документы на МСЭ-комиссию, а наша «самая гуманная» медицина в лице лечащих врачей собственной инициативы не проявляет. Более того, создается впечатление, что подобная пассивность одобряется негласными распоряжениями свыше. К тому же перегруженный писаниной лечащий врач не заинтересован выискивать дополнительную нагрузку по оформлению документов на МСЭ-комиссию. Приведу пример одного диалога. Больная И., 1935 года рождения, страдающая сахарным диабетом, гипертониче-

ской болезнью 3 ст., диабетической нейропатией, макро- и микроангиопатией, эрозивным гастритом и грыжей диска в поясничном отделе. Для лечения сопутствующих диабету заболеваний у нее нет средств. Она осторожно намекнула врачу-эндокринологу, что по комплексу заболеваний ее следовало бы направить на МСЭ-комиссию. Врач ответила, что диабет — это не болезнь, это образ жизни. Пока И. ходячая больная, с трудом, но все-таки выдерживает длительные очереди в поликлинике, а как быть тем, кто по состоянию здоровья не может добраться до поликлиники или не может длительно выстаивать в очередях?

Таким больным могла бы помочь созданная в городе Лига защитников пациентов, состоящая из врачей и других работников соцзащиты, но мы не знаем, с чего начать, какие обязанности ложатся на членов Лиги, какими правами они будут располагать, есть ли устав Лиги?

У президента А.С. наверняка есть регламентирующие документы, есть определенные наработки. Нам бы хотелось ими воспользоваться и в своем городе организовать что-то подобное. Можно было бы обратиться к автору статьи напрямую, но его адреса у нас нет.

С нетерпением будем ждать Ваших советов и рекомендаций.

Врач А. Шадрин
Краснодар, Горячий Ключ

Внимание, конкурс!

По линии скорой помощи в стационар поступила женщина 76 лет, с жалобами на боли в нижних отделах живота, затрудненное мочеиспускание. В общем анализе мочи лейкоцитов до 12 в поле зрения, других отклонений от нормы нет. В общем анализе крови отклонений от нормы не выявлено. При ультразвуковом исследовании органов малого таза: В малом тазу визуализируется образование «каменистой» плотности с множественными гиперэхогенными включениями с широкой акустической тенью, шириной до 87 мм с неровными контурами.

Снимок таза этой пациентки перед Вами. Что видно на этом снимке?

Правильно ответившему — приз от редакции: бесплатная годовая подписка на журнал «Клиническая геронтология».

Ответы присылать по адресу: 115446, Москва, Коломенский пр., д.4, КГБ № 7, кафедра гематологии и геронтологии.



Случай представлен В.А. Гарибашвили

Сопредседатели секции:

– **Ношков В.Е.**,
д.м.н., профессор,
заместитель главного терапевта ГУЗ УДП

– **Богомолов Б.П.**,
член-корр. РАМН, профессор,
заместитель главного инфекциониста ГУЗ УДП

Программа заседания:

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

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

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

Сопредседатели секции:

– **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

– **Савенков М.П.**,
д.м.н., профессор, кардиолог

– **Парфенов В.А.**,
д.м.н., профессор, невролог

– **Чупин А.В.**,
д.м.н., ангиохирург

Программа заседания:

1. Круглый стол
2. Обсуждения
3. Доклад спонсоров

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

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

ПИСЬМА

Дорогой Павел Андреевич!

В отраслевом стандарте «Протокол ведения больных гемофилией» очень нечетко и неопределенно написаны показания к профилактическому лечению больных концентратами факторов свертывания (стр.26). Поэтому предлагаю следующую формулировку в этом стандарте, которую я согласовал с О.П. Плюц.

«Жизненная профилактика концентратами факторов свертывания должна проводиться с детства во всех случаях с тяжелыми формами гемофилии А и В. Главным критерием для отбора больных для такой профилактики должен служить уровень дефицита антигемофильного фактора в плазме больного. Профилактическому лечению во всех случаях должны подвергаться больные с уровнем фактора VWF или FcX в плазме ниже 2%. У других больных показанием к периодическому профилактическому лечению могут служить повторяющиеся 2 раза в месяц или более кровоизлияния в суставы и мышцы либо другие кровотечения (носовые, желудочно-кишечные, почечные и др.). Такая формулировка обоснована и совпадает с Международными рекомендациями. В отличие от этого содержащиеся в стандарте рекомендации о необходимости проведения профилактики в случаях, где регистрируются более 4-х раз в месяц кровоизлияния в суставы, ошибочны, но дают право руководителям органов здравоохранения отказывать больным в профилактическом лечении при частоте кровоизлияний в суставы и мышцы 2—3 раза в месяц. Это грубая ошибка, которая может привести к утяжелению и инвалидизации больных.

Прошу Вас учесть эти замечания при переиздании «Протокола ведения больных гемофилией».

Искренне Ваш З.С. Баркаган

ВНИМАНИЕ!

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

ПРОТОКОЛ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ БОЛЕЗНЬ ПАРКИНСОНА

Утверждено

Заместителем Министра здравоохранения и социального развития Российской Федерации В.И. Стародубовым 14 января 2005 г.

Издательство НЬЮДИАМЕД
2006 г.



Болезнь Паркинсона — одно из наиболее распространенных неврологических заболеваний, клиническая картина которого складывается в основном из двигательных, вегетативных, сенсорных и психических нарушений, нарушений сна и бодрствования. Своевременная диагностика и правильно подобранное лечение, как правило, сохраняет на долгие годы профессиональную и бытовую активность пациента.

Утвержденный Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации, протокол ведения больных «Болезнь Паркинсона» (далее Протокол) содержит четко регламентированную информацию о диагностике и лечении данного заболевания. Использование в Протоколе медицинских технологий обосновано результатами качественных клинических исследований в соответствии с требованиями доказательной медицины.

Протокол создавался с участием ведущих специалистов научно-исследовательских центров страны и проходил апробацию в условиях практического здравоохранения.

Использование Протокола в практической работе, научных и учебных программах, деятельности организаторов здравоохранения позволит принимать рациональные клинические и организационные решения, избежать использования неэффективных медицинских технологий и как результат — обеспечить качество медицинской помощи.

Протокол ведения больных «Болезнь Паркинсона» — основа для внедрения современных методов диагностики и лечения в практику здравоохранения и создания системы управления качеством медицинской организации.

Заявки на приобретение можно направлять по адресу:
115446, Москва, Коломенский пр., д. 4, ГКБ № 7, издательство НЬЮДИАМЕД
E-mail: mtrndm@dol.ru
Подробности на сайтах www.zdrav.net и www.zdravniga.net

Приглашение

«Многоликий гепатит»

6 февраля 2007 года
Начало в 17.00
Вход по приглашениям

ЧЕЛОВЕК И ИНФЕКЦИЯ

Накануне Нового года особенно сильно хочется заглянуть в будущее, хотя бы для того, чтоб желания правильные загадать... Мы скептики, в гадалок не верим, мы верим в интеллект, поэтому за предсказаниями обращаемся к умным людям.

В медицине новости реально появляются медленно. То, что может себя заявить в будущем 10 лет, в действительности должно уже реально существовать. Вот вакцина от папилломавируса, вызывающего рак шейки матки, почти 10 лет существует, и только в 2006 разрешена к применению. Соответственно, в ближайшие 10 лет мы увидим — но только начало — снижения заболеваемости раком шейки матки в США. Это довольно надежный, думаю, прогноз.

Вакцины против рака молочной железы или СПИДа — точно не будет. Во-первых, потому, чтобы «появиться», она уже сейчас должна быть в виде экспериментального образца. Во-вторых, потому, что применительно к раку молочной железы нет такой плодотворной идеи, как применительно к раку шейки матки. А применительно к СПИДу пока нет новых идей, кажется (утверждать трудно!), а старые себя не сильно оправдали.

За 10-летие появится несколько «больших» (заметных, замечательных) лекарств. Можно утверждать, что таковыми будут антибиотики, в том числе противотуберкулезные средства.

Методы получения всяких изображений — магниторезонансные томографы, цифровые ангиографы станут все более распространенными. Некоторые из них из разряда технического чуда, которому нет пока медицинского применения, перейдут в число действительно полезных технических устройств.

Почти наверняка не будет создано действенного метода применения стволовых клеток в медицинских целях, хотя нас ожидает множество больших и малых успехов в этом деле. Думаю, что даже разговоры про «персонализированную» медицину, т. е. медицину средствами, нацеленными на отдельного особенного человека, останутся разговорами.

Наверняка будет продолжаться не такой уж медленный прогресс в передаче и хранении медицинской информации. В результате больные будут получать более правильные и своевременные анализы и правильные выписки из истории болезни, улучшатся возможности дистанционных консультаций. Врачи в результате будут ближе к надежным источникам правильной информации и будут реже лечить больных устаревшими и даже вредными методами.

Продолжится тенденция к учащению тяжелых побочных эффектов лекарственной терапии. В России, где активная лекарственная терапия становится несколько более доступной, при сохранении относительного экономического благополучия, со-

ответственно, чаще станут тяжелые побочные эффекты. Возможно, это заставит правительство, может быть, даже под общественным давлением, создать систему регистрации побочных эффектов медицинских вмешательств. Наверняка произойдет по крайней мере один скандал с разоблачением необоснованности использования какой-то группы лекарственных средств или их большой опасности, скрытой от народов и правительств фармацевтической компанией.

Будет расширена молекулярная основа нескольких заболеваний. В грядущие годы на людей будут собираться все больше медицинской информации и в том числе — генетической. Последнее по настоящему станет доступным, поскольку существует уже сегодня. Одновременно правительства будут под лозунгом борьбы с терроризмом созда-

Футуризм

от В. Власова



Приглашение

«Загадочный синдром X»

1 февраля 2007 года
Начало в 17.00
Вход по приглашениям

КАРДИОЛОГИЧЕСКАЯ СЕКЦИЯ

АНГИОЛОГИЧЕСКАЯ СЕКЦИЯ

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



ВНИМАНИЕ!!! НОВИНКА!!!

В издательстве НЬЮДИАМЕД вышла книга авторов Е.Е. Гогина, Г.Е. Гогина
«Гипертоническая болезнь и ассоциированные болезни системы кровообращения: основы патогенеза, диагностика, выбор лечения»

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

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

Вестник МГНОТ (бесплатное приложение для врачей к журналу «Клиническая геронтология»). Тираж 6000 экз.

Свидетельство о регистрации ПИ № ФС77-19100 от 07 декабря 2004 г.

РЕДАКЦИЯ: Главный редактор П.А. Воробьев

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

Редакционный совет: А.И. Воробьев (председатель редакционного совета), В.Н. Ардашев, З.С. Баркаган, А.С. Белевский, Ю.Н. Беленков, Ю.Б. Белоусов, Б.П. Богомолов, И.Н. Бокарев, В.И. Бурцев, Е.Ю. Васильева, В.А. Галкин, М.Г. Глезер, Е.Е. Гогин, А.П. Голиков, Д.И. Губкина, Н.Г. Гусева, Л.И. Егорова, В.М. Емельяненко, Р.М. Заславская, Г.Г. Иванов, В.Т. Ивашкин, А.В. Калинин, А.В. Калыев, С.В. Карлова, М.И. Кечкер, А.И. Кириченко, 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. Нонииков, Н.А. Мухин, Е.Л. Насонов, В.А. Насонова, В.Г. Новожилов, Л.И. Ольбинская, Н.Р. Палеев, М.А. Пальцев, В.А. Парфенов, А.В. Погожева, А.Б. Покровский, В.И. Покровский, Н.П. Потехин, А.Л. Раков, М.П. Савенков, В.Г. Савченко, В.В. Серов, В.Б. Симоненко, А.И. Синапальников, В.С. Смоленский, Г.И. Сторожаков, А.Л. Сыркин, В.П. Турин, А.И. Хазанов, Е.И. Чазов, А.Г. Чучалин, Л.В. Циганова, В.В. Цурко, Т.В. Шишкова, Н.А. Шостак, 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: mtndm@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.