



ВЕСТНИК МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО

МОСКОВСКИЙ ДОКТОР

Сентябрь 2013

№ 8-9 (136)

НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ

Полная версия газеты <http://zdrav.net/terobsh/vestnik/archive>
Программа заседаний МГНОТ вывешивается на сайтах <http://www.zdrav.net>, <http://mgnot.ru>

ПРЯМАЯ РЕЧЬ

Вопросы науки, разгона академий встали внезапно первоочередными в политической повестке дня не случайно. Без науки нормальное государство развиваться не может. И — не надо. Наша роль уже определена: сырьевой придаток. Большой такой нефтяной пузырь. Для нефтедобычи наука не нужна.

Важнейший тезис, который озвучивает мой отец, академик Андрей Воробьев: наука должна определять сегодня жизнь государства. Я бы вспомнил тут, что именно научные подходы лежали в основе появления идей равенства и справедливости. Справедливость — понятие сугубо научное, экономическое.

Я много лет занимаюсь экономикой, экономикой здравоохранения, работаю с английскими, американскими, бельгийскими, шведскими специалистами. И давно пришел к грустному выводу: в стране нашей почти нет экономистов. Нет людей, с кем можно серьезно обсуждать эти темы, они не понимают даже общепринятых терминов. Например, в России неправильно трактуются предельные затраты, маргинальные затраты, нет понимания фрикционности затрат. Мне приходится поправлять всех с термином «стоимость»: по Марксу стоимость создается человеческим трудом, недра, например, стоимости не имеют. Это базовый закон экономики, закон, если хотите — природы. У нас обычно под термином «стоимость» понимают затраты (это разговор для кухни, там все равно, каким термином пользоваться), но подмена понятий важна в науке: именно так и откладывается у большинства этот вопрос. Тем самым уже на понятийном уровне нарушается базовый закон экономики. Природа не прощает нарушений своих законов. Колосс на глиняных ногах все равно рухнет. Не может экономика страны базироваться на средствах, получаемых от спекуляции земными недрами. Это торговля воздухом.

Грустно становится от того, что в мировой экономике одним из основных математических аппаратов является Марковский анализ, Марковские цепи. Семья математиков Марковых известна во всем мире. Теория игр, где много сделано Еленой Вентцель, работы одного из отцов водородной бомбы математика Израиля Моисеевича Гельфанда по медицинскому прогнозированию. Где это все? Среди тех медицинских и социальных экономистов, которые на слуху, есть биологи, международники, экономисты-кибернетики. Они хорошие люди, я с ними дружу. Но не видно их научных работ, исследований, не видно научных публикаций, не встречаю я их и на международных форумах. Никаких расчетов последствий их предложений, моделей, древ решений — ничего. Ни разу ни от одного экономиста не слышал, чтобы они использовали в нашей стране основные математические аппараты моделирования, созданные в том числе отечественными учеными. А когда задаешь вопрос — делают круглые глаза и говорят, что что-то, кажется, слышали. Вот и двигают медицину, как умеют, в экономическое ложе всеобщей платности.

А между тем экономика определяется как научное прогнозирование будущего. Получается — нет экономики — нет будущего. В том числе — и у здравоохранения.

Отсюда нежелание вводить всеобщее лекарственное страхование, когда основные лекарства становятся бесплатными для всех. Отсюда убийственный приказ по запрету госпитализации больных с угрожающими

жизни состояниями скорой помощи. Это все антинаучные решения, базирующиеся на бухгалтерских расчетах. Но экономика говорит об обратном: вложения в здравоохранение окупаются сторицей.

Выступление П.А. Воробьева на форуме московской интеллигенции

Москва, Театр содружества актеров Таганки,
04.09.2013



П.А. Воробьев

Я углубился в экономические вопросы. Мне эта тема близка не менее, чем тема медицинских, клинических исследований, медицинской науки. И здесь достигнут полный развал, наши работы не публикуются на Западе из-за пещерного уровня методических подходов.

А ведь еще 20 лет назад мы были вполне себе на уровне. Напомню работу медиков во время Чернобыля, землетрясения в Армении: это была квинтэссенция наших самостоятельных, оригинальных многолетних достижений. И она была воспринята с уважением международным сообществом. Много воды утекло с тех пор, иных уж нет. Теперь в науке остались только испытания чужих лекарств на русских подопытных. Это тоже нужно, не спорю, но своего, оригинального в медицинской науке не осталось ничего. И если кто-то предлагает сегодня оригинальную идею — ее затопчут: вместо ее обсуждения сразу говорят: на Западе этого нет, значит, этого нет в природе. Вместе с идеей затопчут и автора. Задавили все так, что отряхнуться от этого не получится враз: десятилетия уйдут на восстановление.

Успешное разрушение науки состоялось, можно прикончить и ее символ — академию, центр самоорганизации науки. Народ не вздрогнет, на площадь не выйдет. Всем понятно, что ученые — это дармоеды, как врачи-убийцы в белых халатах. Действительно, какой прок от физика-теоретика, астронома или математика. Тешатся на народные деньги. Или от горе-экспериментаторов, мучающих мышей и собачек.

Нам подавай патенты, индексы цитируемости Хирша, импакт-фактор. Эта компания формализма началась враз повсеместно. Значит это спланированная сверху акция по удушению науки. Ученые теперь заняты подсчетами и отчетами отнюдь не научных параметров — все работают на бюрократию.

И последнее. Науку можно разделить на три параграфа — теоретическую, экспериментальную и прикладную. Так вот, в медицине нет теоретической науки, почти не осталось экспериментальной и кое-как с хлеба на квас перебивается прикладная. Мне представляется целесообразным появление в городе Института теоретической и экспериментальной медицины на базе одной из крупных городских больниц. Поверьте — это был бы задел на будущее, на десятилетия как минимум.

Страна одичала за эти годы. Без науки — одичает еще больше.

Оплатите доставку Вам газеты

Дорогие друзья!

Экономическая ситуация в стране не могла не сказаться на выходе нашей газеты. Мы вынуждены уменьшать объемы и тиражи. Одной из самых затратных статей расходов является доставка газеты адресату. На 2014 год мы планируем рассылать газету 1 раз в месяц. Убедительно просим вас оплатить доставку газеты за год в сумме 500 рублей. Оплатить можно в любом банке. В документе нужно указать фамилию, имя, отчество полностью, подробный почтовый адрес доставки газеты с индексом. Сохраняйте копию квитанции для контроля! Бесплатная рассылка сохраняется для членов МГНОТ, оплативших членские взносы в установленном порядке. Если по какой-либо причине Вы не можете оплатить доставку, напишите, пожалуйста, в редакцию письмо с просьбой-обоснованием по адресу: 115446, Москва, а/я 2, МТП НЬЮДИАМЕД

Просим вас при желании в 2014 г. получать газету оплатить ее доставку.

С полной версией газеты, и значительно оперативнее, вы можете знакомиться по адресу в Интернете <http://zdrav.net/terobsh/vestnik/archive>

Редакция Вестника МГНОТ

Кассир	ИЗВЕЩЕНИЕ	ООО «МТП Ньюдиамед» КПП 770201001 (наименование получателя платежа) 7702245220 № 40702810500000000485 (ИНН получателя платежа) (номер счета получателя платежа) в АКБ «СТРАТЕГИЯ» (ОАО) (наименование банка получателя платежа) БИК 044579505 № 30101810000000000505 (номер кор.с. банка получателя платежа) Платеж/дтс: _____ (ИНН и адрес плательщика) Назначение платежа: За годовую рассылку газеты «Московский доктор» 2014 г. (Без НДС) Сумма платежа: 500 руб. 00 коп. Платеж/дтс: _____ Дата: 2013 года
	КВИТАНЦИЯ	«МТП Ньюдиамед» КПП 770201001 (наименование получателя платежа) 7702245220 № 40702810500000000485 (ИНН получателя платежа) (номер счета получателя платежа) в АКБ «СТРАТЕГИЯ» (ОАО) (наименование банка получателя платежа) БИК 044579505 № 30101810000000000505 (номер кор.с. банка получателя платежа) Платеж/дтс: _____ (ИНН и адрес плательщика) Назначение платежа: За годовую рассылку газеты «Московский доктор» 2014 г. (Без НДС) Сумма платежа: 500 руб. 00 коп. Платеж/дтс: _____ Дата: 2013 года

ИнтерНьюс

Младенцев первого года жизни будут прививать от пневмококковой инфекции

По инициативе Министерства здравоохранения России Национальный календарь профилактических прививок будет дополнен прививкой против пневмококковой инфекции. Правительственная комиссия по законопроекту одобрила поправки к статье 9 Федерального закона «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней», внесенные Минздравом. На массовую иммунизацию детей первого года жизни против пневмококковой инфекции в 2014 году будет выделено 4 миллиарда рублей, в 2015—2016 годах — по 6,1 миллиарда. Законопроект призван снизить уровень младенческой смертности и инвалидизации за счет массовой иммунизации детей первого года жизни против пневмококковой инфекции. По словам руководителя отдела иммунопрофилактики и иммунотерапии НИИ вакцин и сывороток имени И.И. Мечникова профессора М.П. Костинова, «в настоящее время пневмококковая инфекция признается ВОЗ ведущей причиной заболеваемости и смертности во всех регионах мира. Несмотря на имеющиеся в арсенале врачей эффективные антибактериальные препараты для борьбы с пневмококковой инфекцией, именно вакцинация позволит предотвратить первичное и повторное инфицирование и помочь организму адекватно реагировать и противостоять заболеванию даже через много лет после прививки».

Источник: «Российская газета»

Росздравнадзор предложил отсрочить перерегистрацию медицинских изделий

Росздравнадзор выступил с инициативой продлить срок замены регистрационных удостоверений на медицинские изделия до 1 января 2017 года. Перерегистрация стала необходима в связи со вступлением в ноябре 2011 года в силу закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». С этого момента перестали действовать термины «медицинская техника» и «изделия медицинского назначения». Вместо них появился один общий термин «медицинские изделия». Из-за этого в срок до 1 января 2014 года все производители были обязаны получить новые регистрационные удостоверения. «Изделия, которые мы покупаем каждый день, окажутся вне закона, и никто не сможет ими торговать», — беспокоится исполнительный директор Ассоциации международных производителей медицинских изделий (IMEDA) Александра Третьякова. Инициатива о продлении срока регистрации и ряд других предложений находятся на рассмотрении Минздрава России. На данный момент уже принято решение, согласно которому клинические испытания медицинских изделий, необходимые для получения или переоформления регистрационного удостоверения, которые были проведены до 1 января 2013 года, будут учитываться при оформлении документов и в течение 2013 и 2014 годов. По словам врио руководителя Росздравнадзора Михаила Мурашко, ведомство преследует две цели: допустить на российский рынок только те изделия, которые доказали свою эффективность, и привести российское законодательство в соответствие с законодательством развитых стран.

Источник: «Российская газета»

Документооборот столичного врача сократился на 27 форм

Московские власти утвердили приказ, отменяющий 27 форм документов, которые постоянно приходилось заполнять врачам. Некоторую часть бумажного документооборота планируют перевести в электронный вид уже с 1 января 2014 года. По словам заммэра по социальным вопросам развития города Леонида Печатникова, выступившего на заседании правительства, врачи вынуждены заполнять свыше 340 различных форм медицинской документации, на что уходит половина рабочего времени. Наиболее часто врачам приходится заполнять 68 форм. Именно из их числа были выделены 27, без которых, как поняли чиновники, теперь вполне можно обойтись. В электронный вид в первую очередь планируется перевести рецепты и листы временной нетрудоспособности, заполняемые до сих пор вручную. Чтобы модернизация прошла безболезненно для медперсонала, 10 тысяч врачей проходят в данный момент переобучение. Ранее в Северном округе столицы уже был проведен эксперимент по выписке электронных рецептов, который дал положительные результаты. Врачи стали экономить до 30% рабочего времени, а пациенты получили возможность не отставать длинные очереди, чтобы продлить рецепт. К ноябрю 2014 года электронный рецепт планируют внедрить во всех поликлиниках столицы. По словам Леонида Печатникова, Москва готова предоставить свои площадки для опробования новых форм работы и заключить на этот счет соглашение с Минздравом РФ.

Источник: Российская газета

ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ МГНОТ от 26.10.2011

Председатели: академик РАМН Мухин Н.А., проф. Моисеев С.В.

Секретарь: Башлакова Е.Е.

Основные патогенетические механизмы развития диастолической сердечной недостаточности

К.м.н. Корнеева О.Н. (Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздравсоцразвития России).

Речь о диастолической хронической сердечной недостаточности — ДХСН, хотя правильнее говорить о сердечной недостаточности с сохраненной фракцией выброса. С.П. Боткин описывал сердечную недостаточность, подробно рассказывая о симптомах данного заболевания. В первую очередь, это одышка, с которой пациенты обращаются к врачу. Она возникает, как правило, при незначительной физической нагрузке, при движении либо в покое.

Г.Ф. Ланг отмечал, что хроническое переутомление сердца с наличием артериальной гипертензии ведет к гипертрофии сердечной мышцы и развитию сердечной недостаточности. В 50-х годах нашего столетия активно изучался вопрос патоморфологии и патофизиологии гипертонического сердца. Было установлено, что диффузный миофиброз наблюдается в сердцах резко гипертрофированных. Но лишь недавно появилась информация о сердечной недостаточности с сохраненной фракцией выброса (ФВ). Это не означает, что такие пациенты не встречались раньше, просто они «ускользали» от кардиологического сообщества, и кардиологи не могли распознать этих больных.

Распространенность данного вида сердечной недостаточности высока. От 38 до 54% ХСН составляет сердечная недостаточность с сохраненной фракцией выброса. По данным российских исследований, например ЭПОХА, эта цифра составляет около 73% больных с ХСН.

Долгое время считали, что фракция выброса определяет прогноз заболевания. И чем ниже фракция выброса, тем хуже прогноз у пациента. Однако, выживаемость у пациентов со сниженной и сохраненной ФВ при ХСН не отличается. Следует отметить также, что если для СХСН при проведении лечения прогноз доказанно улучшается, то при ДХСН таких данных нет.

Типичный пациент с ДХСН — это пожилая женщина, с длительным анамнезом артериальной гипертензии, наличием множественной сопутствующей патологии в виде сахарного диабета, ИБС, суправентрикулярного нарушения ритма, фибрилляции предсердий, ожирением, дислипидемией, а также метаболическим синдромом.

Показатель	СХСН	ДХСН
Глухие тоны	++++	+
Преобладание	Отеков	Одышки
Артериальная гипертензия	+	+++
Декомпенсация	Хроническая/ подострая	Острая (отек легких)
Эффективность лечения	Доказана	Не доказана

Основными жалобами больных при ДХСН являются одышка, снижение толерантности к физической нагрузке, усталость, общая слабость, усиленное сердцебиение, реже — кашель, церебральные симптомы. Отеки и пастозность из-за застоя в большом круге кровообращения встречаются нечасто. Важно уточнить характер одышки: это не только учащение частоты дыхания, но и «затрудненность» вдоха, ощущение нехватки воздуха. Одышка может быть пароксизмальной (повышение давления в легочной артерии, являющегося предшественником отека легких), а также связанной с физической нагрузкой.

Проводят «шестиминутный тест» — пациент ходит на протяжении 6 минут по коридору. По количеству пройденных метров и состоянию пациента его можно отнести к тому или иному функциональному классу. Часто приходится проводить дифференциальный диагноз сердечной одышки с «обычной». Нужно отметить, что причинами одышки могут быть систолическая или диастолическая ХСН, стенозирующий атеросклероз, клапанная патология, obstructивные заболевания легких, рестриктивные заболевания легких.

Патоморфология ХСН с сохраненной фракцией выброса характеризуется нормальными размерами левого желудочка или чуть увеличенными полостями сердца, клапанные пороки выявляются не так часто, и ремоделирование левого желудочка происходит по концентрическому типу, в отличие от систолической сердечной недостаточности, где происходит увеличение размеров левого желудочка за счет его гипертрофии, дилатации, перегрузки объемом, и ремоделирование протекает по эксцентрическому типу. Кроме того, СХСН часто сопровождается клапанными пороками сердца.

На диастолу оказывает влияние как левый, так и правый желудочек. Причем на долю левого желудочка приходится около 80% всей «работы», кроме того, полноценная диастола зависит от раннего адекватного наполнения кровью левого желудочка. Предсердия также участвуют в диастоле, и их «вклад» составляет около 10—15%, но даже на основании этих цифр можно судить о тех или иных нарушениях в диастолической функции.

Основными трудностями клинической диагностики ДХСН является то, что ни один из Эхо-КГ критериев не

ПРОТОКОЛЫ МГНОТ

обладает абсолютно достаточной точностью, МРТ и инвазивные исследования гемодинамики малодоступны, BNP, NT-pro-BNP не определяют пороговые значения. Нередки случаи ДХСН с низкими значениями BNP.

Фиброз миокарда, эпикардиальный жир — факторы, которые нарушают диастолу, делая сердце жестким, не податливым. Исследования подтверждают тот факт, что фиброз миокарда и диастолическая дисфункция при артериальной гипертензии возникают гораздо раньше, чем гипертрофия ЛЖ. Нужно отметить также, что при ДХСН, как и при артериальной гипертензии и абдоминальном ожирении, развивается реактивный фиброз (периваскулярный и интерстициальный), а не заместительный, как при инфаркте миокарда. Кроме того, играют немаловажное значение и атеросклеротические процессы, влияющие на синтез коллагена, активность фибробластов.



В последнее время огромное внимание уделяется эпикардиальному жиру. Это «жировая панцирь» сердца, который позиционирует как новый маркер заболеваний сердца. Толщина его повышена у пациентов с абдоминальным ожирением. Опасность эпикардиального жира заключается в том, что он, окружая сердце, не позволяет миокарду полноценно расслабиться, тем самым нарушая диастолу. Кроме того, эпикардиальный жир происходит из висцеральной жировой ткани, потому обладает всеми негативными признаками, присущими висцеральному жиру. Это активный эндокринный орган, секретирующий биологически активные вещества, провоспалительные цитокины, свободные жирные кислоты и другие вещества в коронарный кровоток, участвуя в развитии диастолической дисфункции. Какой-либо «прослойки» между миокардом и висцеральным жиром нет, волокна жира свободно проникают в толщу левого желудочка, окружая его и тем самым нарушая процесс расслабления. Определять его ранее было затруднительным, поскольку распознать его можно было только с помощью компьютерной томографии (КТ). Когда же была доказана эквивалентность КТ и УЗИ, исследование эпикардиального жира стало более доступным и реальным. Измерение толщины эпикардиального жира производят с помощью УЗИ за правым желудочком в парастернальной позиции УЗИ-датчика. Толщина более 7 мм свидетельствует о повышенном риске сердечно-сосудистых заболеваний. Количество эпикардиального жира коррелирует с массой миокарда, размером предсердий, диастолической дисфункцией и абдоминальным ожирением. Таким образом, определяя толщину эпикардиального жира, можно на более ранних сроках диагностировать ДХСН.

Нужно отметить, что ДХСН начинает развиваться с периферии сердечно-сосудистой системы. Связано это с тем, что у пациентов с артериальной гипертензией снижается эластичность, повышается жесткость периферических сосудов, что приводит к выраженному повышению АД в ответ даже на незначительный рост конечного диастолического давления (КДД) левого желудочка. При этом сердце вынуждено «работать» больше, чтобы поддержать необходимый сердечный выброс. Аорта — это второе сердце, но только в том случае, если она эластичная. Если же она жесткая, то пульсовые волны возвращаются к левому желудочку не в диастолу, как это положено, а в систолу и сталкиваются с новой формирующейся пульсовой волной. В результате КДД ЛЖ возрастает еще больше, увеличивается давление в левом желудочке, он начинает сокращаться неэффективно и формируется ДХСН, несмотря на сохраненную функцию левого желудочка.

Основными принципами медикаментозной терапии при ДХСН являются восстановление синусового ритма, снижение частоты сердечных сокращений, уменьшение застоя крови в малом круге кровообращения, влияние на диастолу и наполнение желудочков, влияние на процесс активного расслабления левого желудочка, сокращение фиброза и гипертрофии миокарда левого желудочка. Препаратами выбора являются ИАПФ или сартаны (уменьшают гипертрофию левого желудочка, влияют на кардиофиброз, снижают постнагрузку на левый желудочек) и β-блокаторы (уменьшают гипертрофию левого желудочка, удлиняют диастолу). Кроме того, учитывая, что ДХСН связана с нарушением периферии сердечно-сосудистой системы, используют нитраты (снижают постнагрузку, улучшают диастолу), блокаторы медленных кальциевых каналов (улучшают активное расслабление миокарда, при этом нужно учитывать то, что нельзя использовать препараты, угнетающие сократимость сердца и вызывающие рефлекторную тахикардию — верапамил и дилтиазем), диуретики (уменьшают ОЦК и давление в легочной артерии, а верашипирон, кроме того,

Начало на стр. 2 ↗

снижает степень фиброза). Нельзя забывать и о статинах, мощный патофизиологический базис связан с их плейотропными эффектами — снижают жесткость сосудов, обладают антипролиферативным действием и могут повлиять на периферические изменения и процессы кардиофиброза.

Таким образом, весьма сложно сказать ДХСН — это один или все же два синдрома. С одной стороны, ХСН представляет собой единый синдром, в котором ДХСН предшествует ХСН со сниженной функцией, т.е. это две фазы одного процесса. С другой, ХСН представлен двумя синдромами: один с концентрическим ремоделированием левого желудочка и диастолической дисфункцией, другой — с эксцентрическим ремоделированием и систоло-диастолической дисфункцией. Выбор за вами.

Вопрос: Как часто вы смотрите диастолу у пациентов на доплере?

Ответ: Смотрим у всех пациентов как при поступлении, так и при выписке с целью динамики и контроля лечения.

Вопрос: СХСН и ДХСН — какие отличительные признаки в этиологии?

Ответ: ДХСН чаще наблюдается у пожилых женщин при артериальной гипертензии, абдоминальном ожирении, метаболическом синдроме. СХСН чаще встречается при алкогольной кардиомиопатии, инфаркте миокарда, тяжелых клапанных пороках — здесь всегда снижена фракция выброса.

Вопрос: Редкие болезни сердца, такие, например, как амилоидоз, фиброэластоз, насколько часто встречаются они при ДХСН?

Ответ: Крайне редко.

Вопрос: Были проведены исследования, в которых периндоприл оказался не эффективнее плацебо. Так ли это?

Ответ: Действительно, было доказано, что ИАПФ оказались не эффективнее плацебо в лечении ХСН. Бралась группа больных с ХСН с сохраненной и со сниженной фракцией выброса. ИАПФ оказались не эффективными в лечении у больных с ДХСН, они не улучшали прогноз заболевания. Однако эти данные касаются только препарата периндоприла.

Вопрос: Всегда ли переходит ДХСН в СХСН?

Ответ: Я считаю, что это две фазы одного процесса и рано или поздно ДХСН перейдет в сердечную недостаточность со сниженной фракцией выброса.

Вопрос: Как лечить больного с гипотонией?

Ответ: Назначают ИАПФ и β-блокаторы в минимальных дозах, которые титруют в течение нескольких дней.

Вопрос: Известно, что при СХСН предпочтительным из группы β-блокаторов является карведилол, а при ДХСН?

Ответ: Карведилол — это препарат, который блокирует не только β-рецепторы, но и α-рецепторы, поэтому при ДХСН лучше выбирать высокоселективные препараты — небивалол, бисопролол.

Вопрос: Метаболические препараты, например триметазидин, насколько они эффективны?

Ответ: В моей практике я не использую триметазидин, поскольку он не работает, у него нет никакой доказательной базы. Можно использовать фосфокреатинин, ноотропы в случае сниженной фракции выброса.

Вопрос: Сколько больных было с ожирением? Какие особенности у этих больных? Насколько лечение ожирения эффективно у больных с ДХСН? Например, при лечении ночного диспноэ доказано, что снижение веса приводит к уменьшению ночного диспноэ, снижению потребности в гипертензивных препаратах.

Ответ: Ожирение и метаболический синдром встречаются в 70—80% больных с ХСН. В англоязычной литературе есть данные, что снижение веса, уменьшение жировой ткани позволяют снизить количество эпикардального жира, а следовательно, улучшить сократительную функцию миокарда. Однако такие исследования нами не проводились.

Вопрос: Как вы относитесь к сердечным гликозидам?

Ответ: Единственное показание к применению сердечных гликозидов в настоящее время — это сочетание сердечной недостаточности с фибрилляцией предсердий.

Академик Мухин Н.А.: Эта тема нечасто обсуждается в литературе. Много остается неясным. Нужно продолжить изучать этот вопрос, поскольку интерес к ней сохраняется. Несколько слов о возможностях наших воздействий на процессы в организме. Мы уповаем на лекарственные препараты. Да, они творят чудеса, поэтому важны клинические протоколы, но также важно отслеживать и образ жизни пациента во время клинических испытаний. Ведь важно, что он ест во время исследования и испытания того или иного препарата, что пьет, как ведет себя. Поэтому сложно учитывать это. А вот с ожирением все ясно. Была талия такая, а стала вот такая. Поэтому непременно нужно изучать этот вопрос. Мне бы хотелось, чтобы вы изучали это, поскольку лечение ожирения важно в лечении ДХСН.

ЗАСЕДАНИЕ ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ ТЕРАПИИ МГНОТ 4 февраля 2013 г.

Председатели: проф. Ноников В.Е.

Руководитель Высшей Школы Терапии МГНОТ: профессор П.А. Воробьев.

П.А. Воробьев: С 1 января вся работа врачей ведется по стандартам. Как вы знаете, в настоящий момент ни одного утвержденного стандарта в стране нет. В прошлом году приняли закон о донорстве крови. Сейчас разгорается спор. По международным стандартам донорство крови должно быть бесплатное, как во всем мире. С момента вступления закона в силу доноры якобы пропали — в Москве они были платными, и город не смог перестроиться.

Наша сегодняшняя тема связана с патологией нижних мочевыводящих путей. Это крайне актуальная тема для терапевтов.

Национальные рекомендации по лечению острых инфекций нижних мочевыводящих путей

Перепанова Тамара Сергеевна, руководитель экспертного совета по инфекциям в урологии, профессор НИИ урологии МЗ России

Актуальность неосложненных инфекций мочевых путей (ИМП) обусловлена массовостью заболевания. По статистике, 30—40% женщин хотя бы раз в жизни испытывали приступ острого цистита. У 20—30% рецидив возникает в течение 4 месяцев после острого эпизода.

E. coli выходит из кишечного резервуара, идет колонизация влагалища и периуретры, поднимается в шейку мочевого пузыря, возникает воспаление. В 70% это реинфекция, 98% выявляемых штаммов присутствует в кале.

Предрасполагающими факторами развития неосложненной инфекции у женщин являются анатомо-физиологические особенности уретры (близость к естественным резервуарам инфекции — анус, влагалище, короткая уретра), так называемая «вагинализация» уретры (когда уретра расположена близко к передней стенке влагалища), нарушения уродинамики (органические или функциональные, в том числе и в постменопаузе), гинекологические заболевания (вагиниты, вагинозы, вульвиты, гормональные нарушения) — дисбиоз и атрофия, неадекватная реакция слизистой оболочки мочевого пузыря. Имеется также генетическая предрасположенность (специфические *E. coli* — связывающие рецепторы на слизистой, TLRs).

Факторами риска развития ИМП являются половой акт, спермициды, ранний возраст начала ИМП, наличие ИМП у матери, рецидивы ИМП, а также сахарный диабет и недержание мочи в постменопаузе.

Дизурия и боли при мочеиспускании могут быть обусловлены не только циститом. Уретрит встречается также часто, как и острый цистит (40% случаев), вагинит — в 15%, атрофия эпителия мочевых путей в менопаузе — 5—10%. На долю других причин приходится приблизительно 5% (нарушения иннервации мочевого пузыря, интерстициальный цистит и т.д.).

Причинами острой дизурии могут быть как цистит, так и уретрит, вагинит и вагиноз. Каждое из этих заболеваний требует специфического лечения, так как возбудители их различны. При бактериальном цистите это уропатогенная кишечная палочка (80%), сапрофитный стафилококк, клебсиелла. Кишечная палочка и клебсиелла продуцируют бета-лактамазу, то есть вырабатывают ферменты против 4 классов антибиотиков (цефалоспорины всех поколений, аминопенициллины и частично фторхинолоны). Уретриты чаще всего вызываются гонококками, хламидией трахоматис, простым герпесом и микоплазмой гениталиум. Вагиниты и вагинозы — это *Candida sp Trichomonas, vaginalis, Gardenella vaginalis*.



Причины расстройства мочеиспускания могут носить как бактериальный (10—15%), так и небактериальный характер (уретральный синдром, цисталгия, синдром хронической тазовой боли, постменопауза — атрофия уретелия).

Лечение цисталгии, уретрального синдрома заключается в применении НПВС, анальгетиков, антидепрессантов, антиконвульсантов, антагонистов N methyl-D-aspartate рецептора — кетамин, блокаторов Na каналов (лидокаин). Также используются гели: катеджель (внутриуретрально или *per vaginum* № 10), лидокаина гидрохлорид (2 г + хлоргексидина гидрохлорид — 50 мг).

Диагноз неосложненной инфекции нижних мочевых путей основан на клинике. Ирритативные симптомы: дизурия, частые позывы к мочеиспусканию при отсутствии отделяемого из влагалища и раздражения влагалища. И без факторов риска развития ОИМП (например, предшествующих операций). В моче определяются пиурия, гематурия. Тест-полоски более точны при наличии нитритов или лейкоцитарной эстеразы. Чувствительность равна 75%, а специфичность — 85%. Женщина в домашних условиях использует тест-полоски и идет сдавать анализы только когда полоски меняют цвет. При этом сдаваться должна средняя порция утренней мочи после выполнения гигиенических процедур (включая мытье рук). То есть, должна быть ночная концентрированная моча. Благодаря этому шансов найти микроорганизмы — больше.

Культуральное исследование мочи проводится при подозрении на острый пиелонефрит, некупировании симптомов, возникновении рецидива через 2 недели, атипичных

ИнтерНьюс

Большим московских клиник прописали «бортовое» питание

Департамент здравоохранения Москвы планирует ввести поставку готовых обедов в лечебные учреждения города. На данный момент уже три клиники выделили из собственного бюджета 60 млн рублей на организацию готового питания. С финансовой стороны, по оценкам сотрудников столичного департамента здравоохранения, поставка готовых обедов выгодна и обойдется медучреждениям дешевле, чем содержание собственного пищеблока. А с точки зрения санитарно-эпидемиологических норм, этот процесс проще контролировать, пояснили в департаменте здравоохранения. Нововведения в первую очередь коснутся больниц, которые планируется перестроить или провести реконструкцию корпусов. «Сейчас мы занимаемся определением больниц, в которых пройдут плановые реконструкции и где по завершении строительных работ будет введено готовое питание», — пояснил и.о. руководителя департамента здравоохранения Георгий Голухов. Напомним, в конце августа московские власти приняли решение о сокращении на 30% мест в палатах столичных стационаров, а освободившиеся помещения решили использовать для лечения иногородних, организации коммерческих отделений, а также для стационарного ухода за пожилыми людьми.

Источник: «Известия»

Новый корпус Морозовской больницы обойдется в 12 млрд рублей

Строительство нового корпуса Морозовской детской городской больницы обойдется городскому и федеральному бюджету в 12 млрд рублей. Комментируя стоимость проекта, вице-премьер Ольга Голодец отметила, что это будут «новые технологии лечения и новое слово в медицине». Вице-премьер также добавила, что ежегодно Морозовская больница обслуживает до 117 тысяч детей. На данный момент все подготовительные работы закончены, и проект в ближайшее время направится на согласование в Минздрав России. Завершить строительство нового корпуса планируется в ближайшие три года. В 2011 году столичные власти заявляли, что на модернизацию Морозовской больницы, включающую и строительство нового корпуса, планировалось выделить 677 млн рублей. Таким образом, как стало известно теперь, затраты планируется увеличить более чем в 17 раз. Как заявлял ранее столичный градоначальник Сергей Собянин, новый корпус на территории Морозовской больницы необходим потому, что оборудовать исторические корпуса современной медицинской техникой не представляется возможным.

Источник: medportal.ru

Facebook решили привлечь к ВИЧ-просвещению

Социальные сети могут служить эффективным средством профилактики ВИЧ среди людей, относящихся к группе риска. Такой вывод сделали исследователи из Калифорнийского университета, изучавшие возможности социальных сетей в этой сфере. В исследовании приняли участие 112 жителей Лос-Анджелеса, регулярно практикующие однополый секс, более 85% из которых были афро-американцами или выходцами из стран Латинской Америки. 16 администраторов групп в Facebook по заданию авторов в течение трех месяцев размещали у себя информацию о профилактике и тестировании на ВИЧ или о здоровом образе жизни, приглашая участников вступать в сообщество на добровольной основе. Участники при этом имели возможность бесплатно получить набор для тестирования на ВИЧ в домашних условиях. Весь период авторы проводили мониторинг активности участников в группах. В итоге больше половины участников (57 человек) добровольно вступили в группу по ВИЧ и проявляли там большую активность, чем участники, вступившие в группу о здоровом образе жизни. 25 из них заказали домашние наборы для тестирования на ВИЧ, девять прошли тест и отправили результаты почтой. Для сравнения во второй группе заказали тест только 11 человек, а прошли его — два. По результатам исследования авторы пришли к выводу, что общение в социальных сетях может служить эффективным средством, побуждающим людей из группы риска по ВИЧ добровольно обследоваться на вирус.

Источник: The Annals of Internal Medicine

ИнтерНьюс

Мальчики оказались в полтора раза уязвимее девочек

Уровень смертности среди мальчиков всех возрастных групп с рождения до двадцатилетнего возраста как от болезней, так и от несчастных случаев в среднем почти в полтора раза выше, чем среди девочек. Такие результаты были получены исследователями из Пенсильванского университета, проанализировавшими статистические данные за десятилетний период. Авторы предполагают, что причины, лежащие в основе такого явления, могут быть связаны с базовыми биологическими различиями полов, однако этот вопрос требует дальнейшего изучения. Авторы рассчитали сравнительные риски, используя базу данных Центров по контролю и профилактике болезней США (CDC) по детской и младенческой смертности от различных причин с 1999 по 2008 год, а также данные по смертности от семи самых распространенных видов детских онкологических заболеваний. Было установлено, что во всех возрастных группах с рождения до 20 лет уровень смертности среди мальчиков в среднем на 44–45% выше, чем среди девочек. «Это значительная разница», — отметил ведущий автор исследования Александр Кульмински. — Получается, что на две умершие девочки мы имеем почти три умерших мальчика». По всем возрастным группам среди мальчиков риск заболеть одним из видов рака на 13% выше, а риск умереть из-за этого заболевания — на 10% выше, чем у девочек. Анализ по 19 основным категориям заболеваний показал, что вероятность умереть от 17 из этих болезней у мальчиков выше, чем у девочек. Девочки имеют «преимущество» только в двух категориях — заболевания костной, соединительной и мышечной ткани, а также болезни кожи, однако это объясняется случаями системной красной волчанки, которая, в основном, связана с женским полом. Среди новорожденных оценки риска смерти по каждой неделе после рождения показал 12-процентное превышение этой вероятности для мальчиков по сравнению с девочками. Наибольший гендерный разрыв в уровнях смертности наблюдается в возрастной группе 15–19 лет, когда для мальчиков риск смерти в два с половиной раза выше, чем для девочек, что связано с несчастными случаями и рискованным поведением. «Что удивительно, что подобная модель — превышение уровня смертности мальчиков над уровнем смертности девочек — сохраняется во всех возрастных группах и в отношении такого широкого спектра заболеваний», — отметил еще один автор работы, Крис Федтнер. По мнению авторов, корни такого феномена могут лежать в различной биологической природе мужчин и женщин, в первую очередь в разном хромосомном наборе, отличиях в уровне экспрессии различных генов, уровнях гормонов и так далее. В любом случае, подчеркивают авторы, этот вопрос требует дальнейшего изучения, а полученные результаты, говорящие о повышенной уязвимости мальчиков, необходимо иметь в виду всем специалистам.

Источник: *Pediatrics*

Юных курильщиков не пугают предупреждающие изображения на пачках

Исследование, проведенное в Великобритании учеными университета Стерлинга, показало, что изображения, призванные отбить тягу к курению у детей и подростков, практически не оказывают на них влияния. Исследование основывалось на данных опроса Youth Tobacco Policy Survey, проведенного до и после того, как на сигаретных пачках в Великобритании стали размещать изображения, демонстрирующие, какой вред жизненно важным органам человека наносит курение. В опросах приняли участие около 2800 респондентов в возрасте 11–16 лет. Каждый десятый участник был курильщиком, а остальные либо не курили, либо только пробовали «ради интереса». Как выяснилось, число подростков, решивших бросить курить под влиянием надписей на сигаретных пачках, предупреждавших о вреде курения, составило 13 процентов. А после того как предупреждения стали сопровождать еще и пугающими изображениями, оно изменилось лишь на 1 процент, повысившись до 14%. Руководитель исследования доктор Кроуфорд Муди разочарован тем фактом, что изображения практически не оказали влияния на курильщиков. Тем не менее он считает позитивным результатом уже то, что возросло число некурящих подростков, на которых эти изображения произвели эффект. К тому же он отметил, что надписи и изображения на пачках сигарет остаются неизменными с 2003 и 2008 года соответственно, то есть с тех пор, как они появились. Люди могли просто привыкнуть к ним и перестать на них реагировать.

Источник: *BBC News*

Начало на стр. 3 ↗

симптомах. Диагностической значимостью обладает количество более 10^3 КОЕ/мл в средней порции утренней мочи при самостоятельном мочеиспускании (острый неосложненный цистит у женщин). Выше 10^4 КОЕ/мл — острый неосложненный пиелонефрит у женщин, более или равно 10^5 КОЕ/мл в 2 порциях через 24 часа — асимптоматическая бактериурия (лечится только у беременных и перед оперативным вмешательством). Наличие бактериурии во время вынашивания отрицательно влияет на развитие плода.

Со стороны микроорганизма развитию заболевания способствуют следующие факторы. Способность к адгезии, то есть противостоянию току мочи и колонизации, инвазия, репликация, репродукция в зонтичных клетках эпителия. Инвазия в глубокие слои уротелия способствует созданию резервуара бактерий — биопленок (ВБС), повреждению клеток организма.

В макроорганизме развитию инфекции способствуют снижение потока и pH мочи, низкие концентрации мочевины и осмолярности, недостаток IgA, Tamm-Horsfall протеин, антимикробных пептидов. Риск повышается также при несостоятельности GAG линии (снижение антиадгезивных свойств, нарушение проницаемости) и фагоцитоза.

Цель лечения острого цистита — эрадикация возбудителя. Цель лечения рецидивирующего цистита — улучшение качества жизни путем увеличения безрецидивного периода.

При выборе антибиотиков следует ориентироваться на спектр и чувствительность уропатогенов, эффективность в клинических исследованиях, переносимость, нежелательные побочные действия, цену препаратов. Для лечения инфекции мочевых путей препарат должен достигать высокой концентрации в моче, иметь минимальные побочные действия на микрофлору кишечника и влагалища и не должен вызывать селекцию резистентных микроорганизмов. Следует избегать препаратов с плохим всасыванием из кишечника (ампициллин, тетрациклин) с целью предотвращения дисбиоза.

На сегодняшний день препаратами выбора для лечения инфекций нижних мочевых путей являются фосфомицина трометамол, нитрофураны, хинолоны, защищенные бета-лактамы и цефалоспорины. Недостатком является то, что лечение НИМП проводится эмпирически, то есть не основывается на культуральном исследовании мочи у конкретной пациентки. При эмпирической терапии высокий уровень резистентных штаммов у ведущих возбудителей значительно ограничивает применение любого вида антибактериальной терапии.

Уровень чувствительных штаммов *E. coli* к разным препаратам различен. К фосфомицину — более 98% во всех 10 исследованных странах (в число которых вошла и Россия), более 95% к нитрофурантоину — в 6 из 10 стран, препарат мециллинам, более 95% в 5 из 10 стран (не зарегистрирован в России) и ципрофлоксацин — 95% в 3 из 10 стран.

Резистентность *E. coli* к известным антибиотикам быстро растет. Оптимальный уровень чувствительности сохраняется только к фуразидину и фосфомицину. При эмпирическом выборе препаратов уровень резистентности должен быть менее 10–20%. Ампициллин/амоксциллин не рекомендован для лечения НИМП. Не рекомендованы для применения ранние хинолоны (пипемидовая, оксалиновая и налидиксиновые кислоты). Они обладают низкой микробиологической активностью и индуцируют резистентность.

Для эмпирической терапии следует выбирать препараты, которые используют только для лечения мочевой инфекции. Препараты, которые широко используют по другим показаниям, должны быть ограничены или исключены (аминопенициллины, фторхинолоны, цефалоспорины).

В итоге препаратами выбора для НИМП остаются фосфомицина трометамол (монурал 3 г) и нитрофураны (фурамаг 10 мг × 2 в течение 5 дней). Сохранение к ним чувствительности *E. coli* на протяжении многих лет применения полагает их минимальный эффект на нормальную фекальную флору.

Фосфомицин через 4 часа достигает высокой концентрации в моче, в тысячу раз превышая минимальную подавляющую концентрацию. Высокая бактерицидная концентрация сохраняется даже через 48 часов. Таким образом, достаточно даже одной дозы.

Альтернативными препаратами являются фторхинолоны (норфлоксацин имеет мочевой путь выведения). Длительность приема составляет 3 суток.

Согласно проведенному метаанализу, нет различий между одной дозой фосфомицина и другими антибиотиками, которые назначаются курсом от 3 до 5 дней. Нежелательные побочные явления на фоне приема фосфомицина возникали реже.

Для профилактики рецидивов предлагается использовать различные комбинации антибиотиков (нитрофураны, ТМР/СМХ, цефалоспорины, фторхинолоны). Возможен непрерывный режим приема в субингибирующих дозах до 3–6 месяцев, посткоитальный режим при четкой связи с половым актом и курсовая терапия.

Консensus в этом вопросе отсутствует. Длительный прием в субингибирующих дозах приводит к селекции резистентных штаммов микроорганизмов, развитию аллергических реакций. При этом после лечения у 60% женщин в течение 3–4 месяцев отмечается рецидив инфекции.

Согласно российской рекомендации 2012 года по рецидивам инфекций мочевых путей, нужно применять лечение обострений ИМП курсовыми дозами антимикробных препаратов. Фосфомицина трометамол 3 г — одна доза, каждые 10 дней в течение 3 месяцев. Для лечения обострений используются фуразидина калиевая соль в сочетании с магнием карбоната основным по 100 мг × 2 раза — 7 дней или норфлоксацин по 400 мг × 2 раза — 5 дней или левофлоксацин по 500 мг × 1 раз — 5 дней или ципрофлоксацин по

250 мг × 2 раза — 5 дней или цефиксим 400 мг × 1 раз в сутки 7 дней.

Существуют альтернативные методы. Пробиотики лактобациллы (создается бактериальный антагонизм), уроваксом, монурель, канефрон, препараты гиалуроновой кислоты (инстилляции в мочевой пузырь — только по показаниям). По препаратам серебра доказанных исследований не существует, а значит, применение их не обосновано, существует риск склерозирования слизистой мочевого пузыря.

Канефрон вызывает диуретический противоспазмолитический эффект. Эстриол значительно улучшает течение заболевания.

Алгоритм лечения НИМП включает в себя короткий курс терапии, после которого в случае сохраняющихся симптомов повторный визит через 3 дня, в остальных случаях визит через 1–2 и 4–6 недель. При отсутствии эффекта необходимо провести урологическое обследование, в случае возникновения реинфекции — проводить профилактику в зависимости от частоты рецидивов.



Вопрос из зала: Женщина, 91 год. Перенесла инсульт. После катетеризации в остром периоде развился цистит. Какой прогноз?

Ответ: Здесь возможна только профилактика. Применение препаратов клюквы и прием монурала раз в 10 дней.

Проантоцианидины клюквы и их роль в профилактике рецидивов циститов

Докладчик: проф. Дмитрий Алексеевич Сычев, кафедра клинической фармакологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова.

Клиническая фармакология изучает фармакодинамику, фармакокинетику, клиническую эффективность, безопасность (неблагоприятные побочные реакции) и взаимодействие отдельно взятого препарата с другими лекарственными средствами. Рассмотрим клюкву с точки зрения каждого из пунктов.

Клюкву тысячелетиями использовалась как средство от «мочевых проблем». В клюкве содержатся органические кислоты, флавоноиды, индольные гликозиды и большая группа веществ, проантоцианидины. В настоящий момент именно последняя группа считается действующим началом препаратов клюквы. Множество исследований доказано, что сама по себе клюква, ее соки и экстракты никакого противомикробного действия не оказывают.

В исследованиях фармакодинамики *in vitro* и *in vivo* было доказано, что проантоцианидины клюквы, взаимодействуя с фимбриями I и P типа уропатогенных штаммов *E. coli*, обладают антиадгезивным действием. Они препятствуют прикреплению бактерий и возникновению рецидивов инфекции мочевых путей. Имеются даже работы, в которых визуализируется этот эффект. Было показано, что проантоцианидины не просто блокируют жгутики бактерий, а способствуют их «отваливанию». Аналогичным действием обладают вещества, содержащиеся в барбарисе, но в настоящий момент клинические исследования проведены по данному эффекту только у клюквы. Компоненты клюквы не просто ингибируют прикрепление к уротелию, но и угнетают образование биопленок, «биофильмов», которые локализуются не только на уротелии, но и на катетерах, и могут быть причиной рецидива инфекции мочевых путей.

Единственным активным действующим веществом клюквы, обнаруженным до настоящего времени, является тримерный А-тип проантоцианидинов. Этот тип обнаружен также в чернике, но исследований в настоящий момент не проводилось. Тип В, содержащийся в винограде, яблоках, шоколаде, чае, — не является активным.

Существует представление о том, что действие клюквенного сока обусловлено изменением состава мочи. В действительности, даже употребление 400 мл чистого клюквенного сока не оказывает клинического влияния на pH мочи.

При применении клюквы внутрь, проантоцианидины появляются в моче уже через час, в концентрациях, вызывающих антиадгезивный эффект.

Клиническая эффективность препаратов клюквы, изучаемая с позиций доказательной медицины, составляет 1В. То есть, клиническая эффективность доказана минимум в одном рандомизированном клиническом исследовании.

При этом не существует ни одного исследования, в котором бы клюква предлагалась в качестве препарата для лечения инфекций мочевых путей.

Имеется ряд недостатков, характеризующих клинические исследования клюквы по профилактике инфекций мочевых путей. К ним относятся: малое количество пациентов, неадекватная рандомизация, небольшая продолжительность исследований (менее 6 месяцев). Не оценивалась адгезия на фоне терапии с точки зрения объективных параметров (например, путем измерения выведения с мочой проантоцианидинов или других однозначно определяемых

Продолжение на стр. 5 ↘

Начало на стр. 3, 4

маркеров клюквы). Частота выхода из исследования высокая (47%), особенно у детей (главной причиной прекращения лечения был вкус клюквы). Дозы клюквенного сока или порошкообразных экстрактов в капсулах были весьма разнообразными, в ряде КИ применялись нестандартизированные продукты. Не оценивалась связь доза—эффект. Кохрановский обзор КИ за 2004 год не позволил рекомендовать клюкву для профилактики ИМП.

К 2010 году были проведены более качественные РКИ клюквы по профилактике ИМП, которые были проанализированы в Кохрановском обзоре. 10 исследований отвечали критериям включения ($n = 1049$ участников, рандомизированных в группу контроля или лечения). Лекарственная форма в виде сока использовалась в 7 исследованиях, а таблетки — в 4 исследованиях (в одном исследовании оценивались обе лекарственные формы). Исследования показали, что продукты из клюквы значительно снижали частоту ИМП у женщин за 12 месяцев (OR 0.65, ID 95% 0.46—0.90) по сравнению с плацебо-контролем. При этом убедительная эффективность у пожилых мужчин или женщин или у пациентов, нуждающихся в периодической катетеризации, не была продемонстрирована.

В рекомендациях Европейского Урологического Общества одной из тактик профилактики рецидивов ИМП является назначение низких доз противомикробных препаратов. Существуют исследования, в которых сравнивалось применение препаратов клюквы и малых доз антибиотиков. Исследования проводились в основном в тех странах, где сохранена чувствительность к сульфаниламидам, в том числе к триметоприму. Частота рецидивов оказывалась сопоставима в обеих группах. Различий в частоте возникновения побочных реакций не было. В случае сравнения ко-тримоксазола с клюквой частота возникновения рецидивов при приеме антибиотика оказалась значительно ниже. Но через год после начала исследования антибиотикорезистентность бактерий у больных, принимавших ко-тримоксазол, оказалась чрезвычайно высокой.

В рекомендациях EUA 2011 и 2012 года рекомендовано ежедневное употребление продуктов клюквы, уровень рекомендаций при этом соответствует С — рекомендация составлена при отсутствии клинических исследований хорошего качества.

В систематическом Кохрановском обзоре 2012 года было заявлено, что по сравнению с плацебо, водой или отсутствием лечения продукты клюквы существенно не уменьшают возникновение ИМП как в целом, так и в подгруппах (рецидивирующая ИМП у женщин, детей, беременных, онкологических или неврологических пациентов). Эффективность клюквы при этом существенно не отличается от антибиотиков у женщин и детей. В связи с высокой частотой отказа от приема сока клюквы был сделан вывод о том, что при проведении дальнейших исследований необходимо использование исключительно стандартизированных препаратов. После этого выходило еще два обзора, показывавших положительный эффект и хорошую эффективность применения препаратов клюквы.

Говоря о нежелательных побочных эффектах, следует отметить, что частота отказа от лечения колебалась от 5 до 47% (у детей) и была наибольшей при применении сока из-за вкуса и наименьшей — при применении капсул. Также был четко документирован один случай иммуноопосредованной тромбоцитопении у 68-летнего мужчины, который употреблял в пищу неизвестное количество клюквенного сока для облегчения симптомов дискомфорта вследствие установленного мочевого катетера за 10 дней до госпитализации.

Препараты клюквы до сих пор не рекомендованы для профилактики ИМП у беременных. Имеются данные о том, что у женщин во время беременности, применявших препа-

раты клюквы, увеличивался срок гестации. То есть они рожали более зрелых детей.

Нужно также знать, что следует избегать лечения клюквой у пациентов с установленным нефролитиазом.

С целью узнать о возможных механизмах взаимодействия клюквы с антимикробными препаратами были проведены фармакокинетические исследования. Взаимного влияния обнаружено не было.

При оценке влияния компонентов клюквы на систему биотрансформации веществ (в частности, на цитохром р-450) исследования не выявили подобных явлений.

Единственные препараты, на которые следует обращать внимание при применении клюквы, — это препараты кумариновых антикоагулянтов, прежде всего варфарин. Совместное их применение может способствовать росту МНО. Описаны даже несколько случаев фатального кровотечения. В 2006 году в связи с этим была внесена поправка в инструкцию по применению варфарина FDA. В российской инструкции поправка появилась с 2009 года.

Рекомендованной для профилактики рецидивов ИМП является доза, составляющая 36 мг проантоцианидинов в сутки. Такое количество ПАЦ содержится в 1 капсуле стандартизированного препарата или в 750 мл концентрированного сока клюквы, крайне неприятного на вкус.

Как альтернативу антибактериальным лекарственным средствам капсулы стандартизированного препарата клюквы следует рекомендовать женщинам молодого и среднего возраста в случае неблагоприятных условий (наличия факторов переохлаждения и т.д.) для профилактики развития рецидивирующих ИМП по 1 таблетке в день в течение неблагоприятного периода. При часто рецидивирующих циститах (более 3 эпизодов в год) как средство профилактики — по 1 таблетке в день до 3 месяцев.

Вопросы:

П.А. Воробьев: Я так понимаю, из зала звучит вопрос о ПАЦ брусники.

Д.А. Сычев: Таких данных на данный момент нет. Ведутся исследования по чернике.

(из зала): Можно ли применять препараты клюквы для профилактики рецидивов пиелонефрита?

Д.А. Сычев: Нет, к сожалению, препараты клюквы обладают данным эффектом только в отношении инфекций нижних мочевых путей. По крайней мере таких исследований на данный момент нет.

(из зала): А что по поводу препарата мирамистин? Есть ли какое-то взаимодействие с клюквой?

Д.А. Сычев: По крайней мере таких исследований и указаний в инструкциях к препаратам нет. Если представить, что подобный эффект существует, поскольку оба препарата обладают местным действием, их не стоит совмещать по времени. Спасибо за внимание.

П.А. Воробьев: В заключение хочу сказать, что препараты из естественных источников, из трав нам давно и хорошо известны. Напомню, что большая часть антибиотиков является плесенью. Также некоторые цитостатики являются по природе растительными препаратами. То есть не должно быть противопоставления, травяной или нет препарат. Должно всегда искаться действующее начало в биологических агентах. Действительно, сейчас не делается новых антибиотиков, зато делаются препараты с другими эффектами, более сложными, чем те, что были открыты в середине XX века. К примеру, отщепление ворсинок от бактерии, лишаяющее их патогенности, — не непосредственно антибактериальный эффект. В наши дни все новые вещества, прежде чем начинается их синтез, отрабатываются на компьютере и изобрести ничего антибактериального не получается. Вероятно, скоро появятся таргетные препараты, антибактериальные препараты биологического действия. Сегодняшняя тема, безусловно, является актуальной для всех. Спасибо за внимание.

ИнтерНьюс

Для защиты от старческого слабоумия разработали «гоночную» видеоигру

Нейробиологи из Калифорнийского университета (Сан-Франциско) разработали специальную трехмерную «гоночную» видеоигру для пожилых людей, предназначенную для тренировки их когнитивной функции и снижения риска развития у них старческого слабоумия. Поскольку одна из основных возрастных проблем — сложность с концентрацией внимания, в ходе игры, названной создателями NeuroRacer, игроку постоянно приходится выполнять одновременно два требующих сосредоточенности задания — например, кликать на кнопку только когда на экране появляется определенный символ, не обращая внимания на другие мелькающие значки, параллельно с помощью джойстика контролируя движение виртуальной гоночной машины, несущейся по горной дороге. Скорость и сложность задач постепенно увеличиваются. Как полагают авторы, такая многозадачность является хорошим способом стимуляции ключевых функций головного мозга. Тестирование игры проходило на 174 людях в возрасте от 20 до 85 лет. Сначала во время игры у них была измерена методика электроэнцефалографии электрическая активность мозга. Затем 16 не страдающих деменцией участников старшего возраста в течение месяца три раза в неделю играли в NeuroRacer, после чего им сделали повторное ЭЭГ во время игры. До и после тестирования игры участники проходили серии тестов на когнитивную функцию. Пожилые участники после месяца регулярных тренировок продемонстрировали лучшие результаты в игре, чем не тренировавшиеся 20-летние, и были способны показать тот же высокий уровень даже спустя полгода без дополнительной практики. Что касается влияния игры на мозг, то у них было после месяца практики выявлено усиление нейронной активности в областях мозга, связанных с памятью и вниманием. У пожилых людей значительно улучшились показатели выполнения тестов на рабочую память, скорость реакции и способность к концентрации, причем эти эффекты сохранялись и через полгода после эксперимента. Опираясь на достигнутые результаты, авторы теперь планируют разработать специальные видеоигры для укрепления когнитивной функции пациентов, страдающих синдромом гиперактивности, дефицита внимания и депрессией.

Источник: Nature

Прививка животных защитит людей, использующих их мясо в пищу

Вакцинация крупного рогатого скота может сократить число случаев заражения человека бактерией *E. coli* O157 почти на 85%. Канадские специалисты создали соответствующую вакцину давно, но прививки делают не повсеместно из финансовых соображений (получается 6 долларов на голову). *E. coli* O157 не вызывает заболевания у скота, то есть вакцина не защищает животных. Она нацелена именно на потребителей мяса. Инфекция *E. coli* O157 может вылиться в летальный исход, серьезные повреждения почек (самая распространенная причина развития острой почечной недостаточности у детей). Как показало компьютерное моделирование, вакцинация сокращала на 50% частоту распространения бактерий у скота. Это приводило к уменьшению числа заражений человека более чем на 80%. Чтобы привить все поголовье скота в Канаде, требуется около 50 миллионов долларов. Но это окупится, считают эксперты. По общим оценкам, страна тратит 200 миллионов ежегодно на лечение людей, заразившихся бактерией. И эта сумма не включает издержки в связи с отзывом с рынка зараженного мяса.

Источник: The Vancouver Sun

В США мужчины-врачи зарабатывают на треть больше женщин

Исследователи из Университета Южной Калифорнии использовали данные статистики, собранной Федеральным бюро по переписки и Департаментом труда. Согласно этим данным, женщины в период с 2006 по 2010 годы получали среднюю зарплату в 165 278 долларов в год. Мужчины же в то же время получали среднюю зарплату в 221 297 долларов в год. Зарплаты женщин повысились, но они только теперь начали получать столько же, сколько получали мужчины 20 лет назад. Число женщин-врачей выросло за последние десятилетия и теперь составляет треть всех американских врачей и половину студентов медресов.

Источник: JAMA Internal Medicine

Внимание!
 В издательстве **НЬЮДИАМЕД**
Н.А. Магазаник
ДИАГНОСТИКА БЕЗ АНАЛИЗОВ,
ВРАЧЕВАНИЕ БЕЗ ЛЕКАРСТВ

Н.А. Магазаник
ДИАГНОСТИКА
БЕЗ АНАЛИЗОВ,
ВРАЧЕВАНИЕ
БЕЗ ЛЕКАРСТВ

НЬЮДИАМЕД
 Москва, 2011

Внимание!
 В издательстве **НЬЮДИАМЕД**

ЗАТРАТЫ,
КАЧЕСТВО
И РЕЗУЛЬТАТЫ
В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

КНИГА ТЕРМИНОВ ISPOR

РЕДАКТОРЫ:
 Марк Л. Бергер
 Карстен Бенгтссон
 Дэвид С. Хаддинг
 Крис Л. Пэкер
 Дэвид В. Торрант

ОТВЕТСТВЕННЫЙ РЕДАКТОР:
 Мартина Дикс Смит

ИЗДАНИЕ
 МЕДИЦИНСКОЕ ОБЩЕСТВО
 МОСКВЫ

ИнтерНьюс

Треть российских врачей хотят работать в частных клиниках

Как выяснилось в результате проведенного в пяти регионах страны исследования, работать в системе здравоохранения России врачи не хотят. К такому выводу пришли социологи, опросив по заказу Министерства здравоохранения России и Национальной медицинской палаты свыше 2000 медиков различных специальностей. Результаты опроса оказались неутешительны: моральное и материальное удовлетворение от своей работы испытывает менее 15% докторов, а еще 47% врачей не хотели бы, чтобы дети последовали их примеру, и попытались реализовать себя в медицине. Каждый шестой врач в России заявил о том, что планирует сменить место работы. 34% респондентов заявили, что они хотели бы перейти из государственных медучреждений в частные клиники из-за того, что там выше заработки. 19% врачей заявили, что им хотелось бы уехать работать за границу, однако реальные шаги для этого предпринимают только 4% респондентов. Одной из основных причин неудовлетворения врачи назвали низкую заработную плату в отрасли: ею довольны лишь 28%, а почти столько же — 34% — не довольны категорически. Еще одна проблема отрасли — высокие нагрузки, которые приходится терпеть медикам для того, чтобы нормально зарабатывать себе на жизнь. Так, несмотря на то, что большинство принявших участие в исследовании — 76% — работают в одном медицинском учреждении, им приходится совмещать несколько ставок. Сразу в нескольких больницах приходится работать 18% опрошенных. Третьей проблемой, которую назвали большинство работников медицинской отрасли, стали условия труда. Особенно много не довольных ими оказалось среди сельских врачей — 35%. По их мнению, уровень оснащенности медицинских учреждений в глубинке оставляет желать много лучшего. Среди городских медиков лишь 18% не довольны имеющимся в наличии оборудованием. Кроме того, часто бывают проблемы и с безопасностью труда, а также нормативы, которые не позволяют уделять пациенту достаточное количество времени. Аналогичная тенденция наблюдается и среди учеников медицинских вузов: 22% опрошенных студентов намерены уехать за границу для дальнейшего образования, а еще 11% вообще не намерены работать в медицине после завершения учебы. Напомним, что согласно проведенному в августе 2012 года опросу, врачи чаще представителей других профессий не довольны своей зарплатой. По их мнению, она должна быть выше в среднем на 72%. На данный момент дефицит кадров в сфере среднего медперсонала в России составляет 270 тысяч человек, а дефицит врачей — 40 тысяч.

Источник: «Российская газета»

Издательства в школе вызывают необъяснимые боли

Дети, которые стали жертвами издательства в школе, зачастую страдают от внешних и необъяснимых болей в различных частях тела, которые появляются и пропадают без видимой связи с чем-либо. К такому парадоксальному выводу пришли специалисты Падуанского университета после анализа 30 исследований, проведенных в разных странах мира и содержащих информацию о 220 тысячах детей школьного возраста. Как пишут авторы мета-анализа, дети, которые подвергаются издевательствам в школе, в два раза чаще жалуются на головную боль, боль в животе и спине, на головокружение, затрудненное дыхание, диарею и напряжение в мускулах. Причем эти симптомы магическим образом проходят по вечерам или вскоре после того, как ребенка оставляют дома и не отправляют в школу. «В итоге мы пришли к выводу, что любые необъяснимые симптомы недомогания могут быть серьезными признаками того, что в школе над ребенком издеваются», — подвел итог исследования один из его авторов — Джанлука Джини из Падуанского университета. Однако исследователи предупреждают, что иногда головная боль является просто головной болью, так что выяснить, подвергается ли ребенок в школе преследованию и насильно со стороны одноклассников или учителей, можно лишь задавая правильные вопросы, вообще не связанные с его недомоганием. Например, поинтересовавшись у него тем, как прошел день, с кем он обедал в столовой и о чем говорил с одноклассниками. Рекомендуется также обращать внимание на настроение ребенка и на то, является ли он «самим собой». Непонятные головные боли, помноженные на постоянное состояние подавленности и острое нежелание ходить в школу — верный признак психологического давления со стороны одноклассников.

Источник: Pediatrics

ЗАПИСКИ СТАРОГО ВРАЧА

Вольтер (1694—1778) как-то сказал: «Врачи дают лекарства, которые они плохо знают, от болезней, которые они знают и того меньше, больным, которых они не знают совсем». От этой язвительной шутки можно, казалось бы, с пренебрежением отмахнуться. Лечебный арсенал, которым располагали врачи в ту эпоху, состоял из клистиров, припарок, примочек, кровопусканий, пиявок, банок и всевозможных таинственных отваров и настоек.

Мы же располагаем теперь антибиотиками, гормонами, цитостатиками и другими поистине спасительными средствами. Наше знание болезней человека основано на последних достижениях микробиологии, генетики и биохимии. Но ведь пройдет еще 20—40 лет, и дальнейший прогресс науки наверняка опровергнет многое из того, что сейчас кажется нам попросту аксиомой. Поэтому попробуем отнестись к этой шутке великого скептика серьезно. И вот, чем больше вдумываешься в нее, тем более интересной и неожиданно глубокой оказывается выраженная им мысль. Действительно, наши знания о каждом из этих 3 звеньев неразрывной цепи «лекарство—болезнь—пациент» сильно различаются по объему и достоверности.

Пожалуй, лучше всего мы сегодня знаем лекарства. Даже начинающий врач помнит не только дозировки, показания и противопоказания к их применению, но и механизмы действия. А фармакологи знают к тому же и молекулярное строение каждого лекарства, его распределение в различных тканях организма, пути и скорость его всасывания, выделения и разрушения. Увы, несмотря на то, что каждое новое лекарство подвергают тщательной, разносторонней и многолетней проверке, с течением времени обнаруживается, что наши знания о нем все-таки неполны, а то и даже неверны.

Поучительной является история талидомида (thalidomide). Это лекарство было предложено в Западной Германии в 1957 г. как эффективное успокаивающее и противорвотное средство; кроме того, оно хорошо снимало утреннюю тошноту и рвоту при беременности. Лекарство казалось настолько безопасным, что его разрешили продавать даже без рецепта. Вскоре наступило ужасное пробуждение. В ближайшие несколько лет в Европе родилось более 10 000 детей с тяжелейшими пороками развития (главным образом — недоразвитие конечностей). Талидомид был срочно запрещен уже в 1961 г. Однако спустя лет 30 оказалось, что талидомид высоко эффективен при миеломной болезни. Выходит, что врачи не только не знали, что талидомид крайне вреден; они к тому же не подозревали, что у них в руках уже давным-давно было средство для лечения одного из самых тяжелых онкологических заболеваний! Да будет это нам уроком!

Теперь обсудим, каковы наши знания о втором звене цепи «лекарство—болезнь—пациент». Совершенно очевидно, что современные представления о причинах и механизмах развития различных болезней несравненно правильнее, чем прежние. Но и здесь многие важнейшие проблемы до сих пор остаются непонятными. Например, мы теперь знаем, что 2 таких внешне схожих заболевания, как ревматоидный артрит и остеоартроз (остеоартрит) возникают в результате совершенно различных патологических процессов: при ревматоидном артрите это аутоиммунное воспаление, а при остеоартрозе — это просто дегенерация и изнашивание суставных хрящей. Но вот почему у одного больного остеоартроз ограничивается невинной косметической деформацией — узелками Гебердена, а у другого возникает необходимость замены коленного или тазобедренного сустава?

Другой пример. Мы теперь знаем даже генетическое строение различных вирусов гриппа. Но когда мы впервые осматриваем только что заболевшего гриппом молодого

человека, мы не можем ответить на самый важный вопрос: каким окажется ход болезни в ближайшие сутки — без всяких осложнений, как это бывает в большинстве подобных случаев, или же буквально через несколько часов болезнь вдруг станет смертельно опасной?

Займемся теперь последним, самым главным звеном рассматриваемой цепочки «лекарство—болезнь—больной». Вот, в наш кабинет входит новый больной. Мы видим лицо посетителя, мы можем примерно определить его возраст; нам сообщают его фамилию. Но что, кроме этого, мы знаем о нем? Нам потребовались годы, чтобы изучить свойства лекарств и природу болезней. А чтобы узнать человека, который обратился к нам за помощью, нам дают всего 10 минут!

Чтобы начать знакомство, мы задаем первый вопрос: «На что Вы жалуетесь?».

Предположим, наш собеседник пришел из-за болей в области сердца. Еще несколько профессиональных вопросов, и вот мы уже выяснили, что это, собственно, не боль, а чувство давления или сжатия за грудиной, которое возникает только при быстрой ходьбе. Диагноз стенокардии не вызывает сомнений. Из учебников мы знаем, как возникает эта болезнь, какие изменения в артериях сердца бывают при этой болезни, какие лекарства помогают при ней. Закончив расспрос, мы переходим к физикальному исследованию пациента — измеряем АД и частоту пульса,

аускультуруем легкие и сердце. Затем мы назначаем лабораторные исследования. С их помощью мы узнаем уровень холестерина в крови у этого больного; мы можем узнать также, нет ли у него еще и сахарного диабета. Ультразвук позволит нам выяснить состояние клапанов сердца и сократительность сердечной мышцы именно у этого больного. Наконец, можно сделать коронароангиографию и совершенно точно узнать даже расположение атеросклеротических бляшек в каждой артерии сердца и то, насколько каждая бляшка сужает артериальный просвет.

Все эти сведения позволяют узнать, что за болезнь у нашего пациента и какова ее тяжесть. Но разве мы узнали человека, который просит нашей помощи? Ибо узнать человека — это получить возможность догадаться, как он будет вести себя в определенных обстоятельствах. Применительно к медицине, это означает предсказать, как отреагирует этот больной на наше лечение; иными словами, насколько успешным окажется оно? А это самый главный вопрос. Ведь результат лечения зависит не только от наших стараний; в меньшей степени он зависит от особенностей и свойств того человека, которого мы лечим.

Мы не можем с уверенностью ответить больному на его тревожный вопрос, что ожидает его в ближайшие годы. Нам известны в общих чертах течение болезни, ее варианты, осложнения и исходы. Но как будет протекать эта болезнь у нашего подопечного, мы не знаем. Вполне возможно, что на протяжении многих лет клиническая картина останется стабильной, и больной надолго сохранит привычный уровень активности. А вдруг у него уже через месяц возникнет инфаркт миокарда или опасное нарушение ритма сердца? Течение болезни зависит не только от уровня холестерина, но и от частоты и интенсивности психологических стрессов в жизни больного и от его реакции на них. И так, для того чтобы не просто выписать рекомендуемый рецепт, а лечить и лечить успешно, мало выучить фармакологию и уметь поставить диагноз: если бы этого было достаточно, то даже фармаколог и патологоанатом могли бы заниматься лечением. В дополнение к этим общим знаниям надо еще увидеть сильные и слабые стороны нашего подопечного, его жизненные обстоятельства, оценить его волю к жизни, желание сотрудничать с врачом и множество других его индивидуальных особенностей и свойств. Иными словами,

Продолжение на стр. 7

ШУТКА ВОЛЬТЕРА

Н.А. Магазаник



Внимание!

В издательстве Ньюдиамед вышла новая книга — «ЦЕНООБРАЗОВАНИЕ НА ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ»

под редакцией д-ра Лауды (Польша)

В России подобная книга издается впервые. Ее актуальность связана в том числе с обсуждением в настоящее время стратегии развития лекарственного обеспечения населения РФ на период до 2025 года.

Книга рассматривает вопросы лекарственного обеспечения под углом экономики и оценки медицинских технологий. В ней собраны и систематизированы сведения о лекарственном обеспечении и возмещении затрат на лекарства в разных странах мира. Авторы проводят сравнительный анализ различных подходов. Среди наиболее значимых — обеспечение прозрачности принимаемых решений и их подсудность, переговорная основа принимаемых решений. Книга предназначена для организаторов здравоохранения, работников фармацевтической отрасли, клинических фармакологов, врачей различных специальностей и студентов медицинских и фармацевтических вузов.



о лекарственном обеспечении и возмещении затрат на лекарства в разных странах мира. Авторы проводят сравнительный анализ различных подходов. Среди наиболее значимых — обеспечение прозрачности принимаемых решений и их подсудность, переговорная основа принимаемых решений. Книга предназначена для организаторов здравоохранения, работников фармацевтической отрасли, клинических фармакологов, врачей различных специальностей и студентов медицинских и фармацевтических вузов.

Начало на стр. 6

надо узнать не только, что за болезнь имеется у этого больного, но также и каков он сам.

К сожалению, те сведения, которые мы получаем при нашем стандартном обследовании больного, позволяют выявить только характер болезни и оценить размер ущерба, причиненного этой болезнью. Для строителя, который обследует разрушенное здание, результаты его измерений вполне достаточны, чтобы точно рассчитать, сколько потребуются кирпичей, цемента и рабочих, чтобы начать и успешно завершить ремонт. Ведь все восстановительные работы делает сам строитель; что же касается здания, то оно лишь пассивно подвергается каким-то переделкам. В медицине ситуация совершенно другая. Здесь все восстановительные процессы (скажем, рассасывания холестериновых бляшек и тромботических наложений на них, образование сосудистых коллатералей, да и вообще целиком все процессы заживления, регенерации, компенсации, перестройки, фагоцитоза, выработки антител и т.п.) — все эти задачи организм выполняет сам, собственными силами. Вот почему результат лечения в громадной степени зависит от биологических возможностей больного, то есть от его индивидуальных особенностей. В отличие от строителя, врач только помогает больному вновь обрести здоровье.

Приходится признать, что как ни обидна шутка Вольтера, в ней скрыта важная и грустная истина. В конце первой встречи с больным мы уже знаем кое-что о предполагаемом варианте болезни и о лекарствах, которые можно применить в этом случае. Но разве мы узнали человека, который обратился к нам за помощью? А ведь если мы хотим помочь ему как следует, основательно, то надо разобраться, в чем его истинная проблема, чего он хочет от нас на самом деле, что поможет ему по-настоящему, и как он отреагирует на наше лечение. Таким образом, из этих 3 элементов (лекарство—болезнь—больной) самым загадочным оказывается сам больной. Чтобы проникнуть в эту тайну, недостаточно держать в голове лекарственный справочник и описание различных болезней. Здесь требуются не только научные знания, но и здравый смысл, понимание человеческой психологии, сочувствие, житейский опыт.

Но почему же возникает такая ситуация? Причина заключается в особой психологической установке доктора: ему кажется, что главное — это выяснить диагноз, поскольку диагноз, по его мнению, автоматически открывает дорогу к правильному лечению. При таком подходе больной оказывается, всего-навсего, безликим и нейтральным носителем болезни. Такому взгляду особенно способствует нынешнее увлечение так называемой доказательной медициной. Эта медицина превозносит исследования громадных континентов больных как лучшее средство для постижения истины. Если оказывается, что такое-то лечение помогает в большинстве случаев, то отдельные неудачи рассматривают просто как случайность, как неизбежный статистический разброс.

Стоит ли ломать голову, почему не повезло как раз этому больному? Ведь остальные выздоровели, и это главное! Но ведь больного интересует совсем другое — поможет ли данное лечение именно ему, а не кому-то еще! Но как это трудно — докапываться до причин неуспеха! Ведь искать эти причины придется среди особенностей данного человека, а их бесчисленное множество. Да и возможно ли в условиях

повседневной рутинной врачебной работы узнать больного, хотя бы в первом приближении?

Прежде чем ответить на этот вопрос, подумаем сначала, почему у некоторых врачей результаты лечения бывают хорошими чаще, чем у их коллег? Вряд ли отличие состоит в том, что хороший врач знает больше. Если бы дело было только в объеме знаний, то обладатели диплома с отличием должны были бы всегда быть самыми лучшими докторами, а это далеко не так. Более успешный доктор знает примерно столько же, что и его коллеги. Для того чтобы сделать удачный ход в игре, надо знать, или по крайней мере догадаться, какие карты на руках у партнера. Стало быть, хороший доктор за те же самые 10 минут успевает узнать больного гораздо глубже, чем его менее удачливые собратья по профессии. Поэтому назначаемое им лечение учитывает индивидуальные особенности этого больного. Но как он ухитряется сделать это? Я могу лишь поделиться теми общими соображениями, которые накопились у меня за полвека непрерывной практической работы врача-лечебника.

Первое и самое важное условие — это отказаться от привычки искать только болезнь, не обращая внимания на ее обладателя. Когда в школе мы решали задачу о пешеходе, который идет из пункта А в пункт В, то для нас были важны только условия задачи; нас не интересовало, молод ли этот пешеход или стар, ждет ли его в пункте В любимый человек или какое-то неприятное дело, нет ли у него плоскостопия или болезни сердца и т.п. А ведь в реальной жизни именно такие факторы оказываются самыми важными. И если мы увидим перед собой не просто еще один случай пептической язвы двенадцатиперстной кишки, а измученного и грустного человека, то у нас невольно возникнут сочувственные вопросы, которые не предусмотрены стандартным алгоритмом собирания анамнеза у язвенного больного. В ответ на них бедняга расскажет, что его жена только что перенесла онкологическую операцию, и что он сам подозревает у себя рак. Именно эти сведения позволяют нам узнать больного совсем по-другому, чем это может сделать гастродуоденоскопия. Тогда нам станет ясно, почему его язва так плохо заживает; мы поймем, что этому больному показаны не только антациды и антибиотики против *Helicobacter pylori*, но что ему надо помочь здоровым советом и человеческим теплом.

Кстати, чтобы узнать человека, необязательно задавать множество вопросов. Достаточно увидеть печальное лицо, потухшие глаза и замедленную походку, чтобы сразу заподозрить депрессию. Это знание помогает врачу «настроиться на правильную волну» в общении с ним, завоевать его доверие и получить возможность благоприятно влиять на него психологически. Вот почему доктору необходимо постоянно тренировать активное внимание и наблюдательность при общении с больными.

Наконец, такие качества врача, как дружелюбие, приветливость, скромность, деликатность, терпимость, готовность помочь и т.п. — сами по себе вызывают доверие больного. И тогда он по собственной инициативе раскрывает свой внутренний мир. В результате доктор может узнать много интересного и важного, даже не успев задать вопрос (а то даже и не додумавшись до него!). Конечно, люди обладают этими завидными свойствами в разной мере, но их задатки есть у каждого. Доктор должен развивать их у себя, не просто потому, что они прекрасны сами по себе, а потому, что они очень помогают *узнать больного* и, тем самым, сделать лечение более эффективным...

ИнтерНьюс

Информационная кампания убедила итальянцев снизить потребление антибиотиков

В двух итальянских провинциях — Модена и Парма — в 2011—2012 годах была проведена кампания «Антибиотики: проблема или ее решение?» с целью сокращения количества выписываемых антибиотиков. Информационная кампания одновременно проводилась по радио, телевидению, в печатной прессе, в интернете, ее материалы также распространялись в виде листовок и брошюр в аптеках и приемных медучреждений. Основной своей задачей участники акции считали разъяснение о недопустимости самолечения такими препаратами, а также о том, что применение антибиотиков при лечении простудных заболеваний не всегда бывает оправданным. В результате проведенной акции количество прописываемых врачами антибиотиков в Парме и Модене снизилось примерно на 12% по сравнению с данными наблюдений пятью месяцами ранее. В целом же по стране количество выписываемых рецептов на антибиотики снизилось за этот период только на 3%. Италия является страной, в которой уровень использования антибиотиков остается одним из самых высоких в Европе. Однако и во всем мире чрезмерное использование подобных средств вызывает серьезную озабоченность специалистов. Как сообщалось ранее, на встрече министров науки стран G8, состоявшейся в июне 2013 года в Лондоне, британский министр науки и высшего образования Дэвид Уиллеттс призвал развитые страны ввести законодательные ограничения на использование антибиотиков во всех отраслях медицины, включая ветеринарию, а также в животноводстве и при искусственном разведении рыбы. Он назвал потенциальный риск распространения неизлечимых из-за роста антибиотикоустойчивости бактерий заболеваний катастрофой мирового масштаба, несущей такую же угрозу человечеству, как глобальное изменение климата на планете.

Источник: *British Medical Journal*

Роспотребнадзор намерен ввести в рацион россиян больше молока и йода

Роспотребнадзор намерен во что бы то ни стало увеличить потребление в стране молока и обогащенной йодом продукции. По мнению главного санитарного врача России Геннадия Онищенко, это позволит сократить количество заболеваний, связанных с недостатком в организме именно этих продуктов, что особенно часто отмечается у школьников и детей дошкольного возраста. Проблема с недостаточным потреблением молока в России существует не первый день, сообщает «Российская газета». В идеале, молочные продукты должны составлять порядка 50% дневного рациона, однако в большинстве случаев эта цифра оказывается значительно ниже, и порой молоко в рационе ребенка отсутствует вовсе. Для того чтобы исправить ситуацию и побудить россиян чаще употреблять в пищу молочные продукты, Роспотребнадзор готов использовать опыт Швеции и ввести в школах страны программу «Школьное молоко». В российских школах планируется установить молочные автоматы, принцип действия которых схож с тем, по которому работают автоматы с чаем или кофе. После внедрения этой программы в Швеции уменьшилось количество заболеваний, связанных с недостатком в организме кальция, и одновременно с этим сократилось употребление газированных напитков. Однако здоровье населения напрямую связано и с употреблением йода. Как отмечается в постановлении Геннадия Онищенко, «более 50% субъектов Российской Федерации являются йододефицитными, более 60% населения проживают в регионах с природно обусловленным дефицитом этого микроэлемента». В связи с этим Роспотребнадзор выпустил постановление, в котором руководителям общеобразовательных и оздоровительных учреждений рекомендуется заменять в рационе детей обычный хлеб и молочные изделия на йодированные. Напомним, что согласно медицинским нормам россиянин должен употреблять порядка 320—340 кг молочной продукции в год. На деле же эта цифра редко превышает 246 кг. В итоге количество заболеваний, вызванных микронутриентной недостаточностью, за последние пять лет увеличилось в стране на 350 тысяч. Проблемы же с недостаточностью йода в организме человека наблюдаются в значительной части субъектов РФ, включая Дагестан, Бурятию, Алтай, Ульяновскую, Саратовскую, Астраханскую область и т.д.

Источник: *medportal.ru*



ИЗДАТЕЛЬСТВО НЬЮДИАМЕД

www.zdravkniga.net +7(499) 782-31-09 mtndm@dol.ru

Бланк подписки на журнал на I-е полугодие на 2014 года

«КЛИНИЧЕСКАЯ ГЕРОНТОЛОГИЯ»

Научно-практический рецензируемый медицинский журнал, предназначенный для практических врачей различных специальностей и социальных работников, которым постоянно приходится решать многие клинические и социальные проблемы больных пожилого и старческого возраста. Журнал знакомит читателя с фундаментальными вопросами биологии и патофизиологии старения, особенностями течения и терапии различных заболеваний в позднем возрасте, современными методами диагностики и лечения, социальными вопросами, организации здравоохранения, этическими вопросами, законодательством.

Оформить подписку можно:

- по каталогу агентства ОАО «Роспечать» — Индекс 72767;
- в редакции издательства «Ньюдиамед», заполнив бланк-заказ.

Адрес указывать печатными буквами (журнал высылается по почте в конверте)

Ф.И.О. подписчика	Почтовый адрес доставки (индекс обязательно)	I-е полугодие		
		номера журнала		
		1—2	3—4	5—6
		цена одного номера в рублях		
		1900	1900	1900
		ИТОГО (впишите сумму):		

НАШИ РЕКВИЗИТЫ: ООО «МТПНЬЮДИАМЕД». ИНН 7702245220. КПП 770201001. БИК 044579505. р/с 4070281050000000485, к/с 30101810000000000505 в АКБ «Стратегия» (ОАО) г. Москва

В платежном поручении и в почтовом переводе обязательно указать:

- В графе «Получатель» — ООО «МТП НЬЮДИАМЕД»;
- В графе «Назначение платежа» — адрес доставки.

Квитанцию о переводе оплаченной Вами суммы и бланк-заказ высылайте по адресу:
115445. г. Москва, а/я 2. Издательство «ИТП НЬЮДИАМЕД»

*** При необходимости, издательство выставляет счет.

Наши контакты:

Тел./факс: +7(499) 782-31-09; +7(905) 780-34-83 E-mail: mtndm@djdol.ru Сайт: www.zdravknisa.net

ПИСЬМА

Главному редактору газеты
«Московский доктор».

Здравствуйте уважаемый Павел Андреевич!

Интересно Ваше мнение и других ученых страны о финансировании здравоохранения России. Цитата из отчетов руководителей ОМС: «Подушевные нормативы на 1 неработающего гражданина в год к 2013 г составят чуть более **3000 руб.**». Однако стоимость программ ОМС рассчитывается, исходя из численности застрахованных лиц и подушевых нормативов финансирования программы ОМС в целом, без разделения на неработающее и работающее население. Этот утвержденный норматив в 2010 году составлял 4059 руб. на 1 человека в год, но фактическое его исполнение сейчас в целом по РФ не превышает 75—77%, т.е. чуть более 3000 руб. Это в среднем по всем регионам. А вот к 2013 г с учетом роста взносов на ОМС работающих граждан и перехода на одноканальное финансирование данный показатель приблизится по прогнозам Минздравсоцразвития к **9000 руб.**, и расчетная стоимость показателя должна будет соответствовать фактически исполняемому. **Формально** существовали гарантии бесплатного оказания медицинской помощи на всей территории РФ. Однако практически эти гарантии действительно не соблюдались. Связано это с тем, что финансовое обеспечение территориальных программ отличается в субъектах РФ. Разброс **подушевых нормативов более чем в 20 раз.** Лечебные учреждения, понимая, что за медицинскую помощь, оказанную «иногородним», они получают средства не в полном объеме или с задержкой, использовали всякие причины для отказов в ее **бесплатном предоставлении.**

Полис «медстраха» недействителен, если:

- необходимая гражданину помощь не оплачивается из средств ОМС,
- помощь не входит в территориальную программу ОМС,
- исчезла «такая» страховая компания,
- изменилось название предприятия (учреждения, организации), застрахованного лица,
- несоответствие данных паспорта и полиса (буква, цифра, адрес),
- смена места жительства, места работы, фамилии, или имени застрахованного,
- истек срок действия полиса «медстраха»,
- ветхий, запачканный полис «медстраха»,
- отсутствие специалиста, условий обследования (лаборатории, аппаратуры) в ЛПУ,
- различный перечень лекарственных средств ДЛО и ЖНВП в ЛПУ разных регионах страны,
- нет информации: адреса (телефона) страховой компании «медстраха» для быстрого реагирования на жалобу застрахованного пациента.

Минздрав + медицинские страховые компании — это громоздкая, неэффективная организация здравоохранения. «Полис» — бумага, которую обязаны носить с собой ВСЕ круглосуточно: дома, на работе, в дороге и т.д.?!?

Работники медицинских учреждений заинтересованы обратившимся пациентам **написать «диагноз»**, получив за это «вознаграждения» от ОМС. При такой системе чиновниками-бухгалтерами завышается «заболеваемость» населения, подгоняются диагнозы к нужным показателям. Выборочный контроль медицинской документации инспекторами ОМС не гарантирует качества оказанной медицинской помощи пациентам.

Пострадала от «медстраха» система скорой медицинской помощи, т.к. **медики должны найти полис у гражданина** и оформить **документооборот** между разными регионами с целью получения оплаты за оказанную помощь.

Регионы, имевшие существенный дефицит территориальных программ ОМС, **несвоевременно и в полном объеме (не) рассчитывались за медицинскую помощь**, оказанную гражданам этого региона в других субъектах РФ да и оплачивать эту медицинскую помощь приходится по тем тарифам, которые действуют в регионе, где эта помощь оказывается.

Передача налоговых, государственных сборов для целей здравоохранения в руки многочисленных, **внебюджетных компаний «медстраха»** делает **систему здравоохранения негосударственной.**

07.05.2013 года с экрана телевизора Президент России В.В. Путин задал вопрос о выделенных средствах: «Где деньги, Зин?» Президент России Владимир Путин в ходе совещания напомнил членам правительства, что майские указы (2012 г.), несмотря на трудности, нужно выполнять, а о результатах работы следует судить не по бумагам, а по изменениям в качестве жизни россиян.

Продолжая вопросы, можно спросить где и кто такая «Зина»? — в Минздраве или в ОМС или еще, где?

Кто, где, когда, перед кем отчитывается за расходование денег, собранных с народа на здравоохранение?

Почему медицинское страхование «обязательно» для граждан России, но, по сути, оказывается негосударственным, внебюджетным, неконтролируемым?

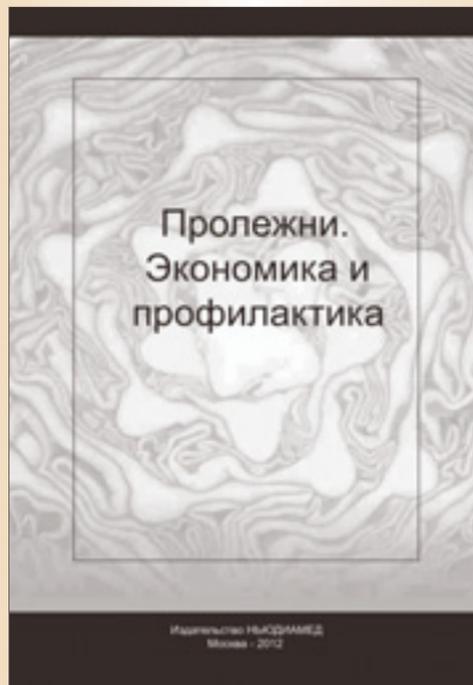
Почему граждане на лечение в больницах за границей больных детей собирают деньги SMS-ми, через главный телевизионный канал России?

Письмо пишу после статей в газете «Московский доктор» № 6 (134) июнь 2013г: «Хотели как лучше». О лекарственном обеспечении людей в сельской местности. Это сущая правда о ФАПах. Не лучше организовано лекарственное обеспечение больных в сельских поликлиниках и стационарах.

«Почти каждый четвертый россиянин имеет полис ДМС». *Источник: Super.job.ru.* Не увлекаются ли госчиновники системой страхования, перекадывая конституционные обязанности государства в руки внебюджетных — страховых компаний, при обязательном налоге на страхование (вымогательстве денег) у больных, пассажиров, пешеходов, сельхозпроизводителей и т.д.

С уважением Попов Владимир Дмитриевич.
Врач скорой помощи.
Холмогоры, Архангельская обл.

В издательстве НЬЮДИМЕД новая книга!



Сборник «Пролезни. Экономика и профилактика» содержит нормативные документы Протокол ведения больных. Пролезни» и отчет «Клинико-экономический анализ эффективности использования подгузников Molicare premium extra soft (Моликлар Премиум экстра софт) для профилактики развития дерматита и пролежней у неподвижных больных с недержанием мочи». Книга актуальна как для лиц, осуществляющих помощь обездвиженным больным, так и для лиц, принимающих решения.

Редакторы-составители книги
П.А. Воробьев, Л.С. Краснова

ИнтерНьюс

К 2020 году Минздрав хочет победить курение и алкоголизм

Министерство здравоохранения РФ разработало стратегию по формированию здорового образа жизни россиян на период до 2020 года. По подсчетам авторов документа, к этому времени употребление алкоголя в России сократится на 25%, а число курильщиков — на 28% среди взрослых и на 53% среди детей и подростков. На данный момент почти треть жителей России являются курильщиками. Для того чтобы сократить это число, в Министерстве планируют увеличить количество так называемых кабинетов по отказу от курения. Пока в России чуть более тысячи таких кабинетов, а к 2020 году их должно стать в пять раз больше. Отказ от курения также будет способствовать снижению количества сердечно-сосудистых заболеваний, атеросклероза и артериальной гипертонии, поскольку именно эти болезни чаще всего преследуют любителей табака. Минздрав также намерен снизить потребление алкоголя в стране с 12 до 10 литров на душу населения, поскольку, как говорится в документе, «вклад алкоголя в уровень смертности в России в последние десятилетия традиционно был аномально высок». Кроме того, в Министерстве намерены направить усилия на формирование у россиян культуры правильного питания и привычки регулярно ходить пешком, что необходимо для профилактики ожирения и гипертонической болезни. «Нормальный уровень физической активности, препятствующий развитию ожирения и артериальной гипертонии, предполагает совершение человеком порядка 10 тысяч шагов в день», — цитирует издание стратегию Минздрава. Россиянам также советуют употреблять не более 8 грамм соли в день, есть больше овощей и фруктов (не менее пяти порций без учета картофеля, моркови и свеклы), а также рыбы. Как утверждает издание в документе, ожирение среди российских детей и подростков связано с употреблением в пищу большого количества шоколадок, чипсов и сладких напитков. Люди же среднего и старшего возраста набирают вес из-за большого количества «перекусов», которые обычно не воспринимаются как прием пищи. Впрочем, несмотря на то что Минздрав определил борьбу с ожирением как приоритетное направление, многие специалисты не уверены в победе. Как утверждает доктор медицинских наук Михаил Гинзбург, количество россиян с лишним весом постоянно растет — в среднем на 10% за 10 лет. Так что если процент страдающих ожирением жителей России к 2020 году не увеличится — а сейчас он составляет порядка 25% — то это уже можно будет считать достижением. К 2020 году Россия намерена потратить на финансирование программы «Развитие здравоохранения» 27 триллионов рублей, или в среднем по 4,2% ВВП в год. Эти деньги пойдут на профилактику заболеваний, формирование здорового образа жизни и санаторно-курортное лечение граждан, а также на охрану здоровья матери и ребенка, развитие медицинской реабилитации, внедрение инновационных методов диагностики и лечения, совершенствование оказания специализированной и высокотехнологичной помощи и также решение проблемы дефицита кадров в здравоохранении.

Источник: РИА Новости

Медные браслеты оказались бесполезными при артрите

Как показало исследование, проведенное в Йоркском университете (Великобритания), медные браслеты и ремни с магнитами, надетые на запястье, не имеют реального воздействия на боль, отеки и прогрессирование заболевания при ревматоидном артрите. Люди, страдающие от ревматоидного артрита, часто используют магнитную терапию при хронической боли: по приблизительным оценкам, во всем мире годовой объем продаж таких устройств превышает один миллиард долларов. Ведущий автор нынешнего исследования доктор Стюарт Ричмонд и его коллеги несколько лет назад опубликовали результаты другого своего исследования, поставив под сомнение эффективность таких устройств в отношении остеоартрита. Для изучения влияния медных и магнитных браслетов на ревматоидный артрит 70 пациентам с выраженными симптомами заболевания было предложено носить четыре различных устройства в течение пяти месяцев, регулярно сообщая исследователям о своем самочувствии, болях и приеме лекарств в ходе эксперимента. После ношения каждого из устройств в течение пяти недель у участников исследования брали анализ крови для того, чтобы отслеживать изменения в степени воспаления. В результате было обнаружено, что стандартные магнитные и медные браслеты не имеют никакого значимого терапевтического эффекта. Доктор Ричмонд предполагает, что существуют две основные причины, по которым пациенты, страдающие ревматоидным артритом, иногда сообщают об эффективности медных и магнитных браслетов: «Во-первых, такие устройства обеспечивают эффект плацебо для тех, кто верит в их действие, во-вторых, люди обычно начинают носить их в период активного воспаления, а затем, когда симптомы заболевания ослабевают естественным образом, они принимают это за терапевтический эффект». Согласно замечанию основного автора работы, степень выраженности боли при ревматоидном артрите сильно варьируется, и то, как мы воспринимаем боль, может быть в значительной степени изменено соответствующим психологическим настроем. Доктор Ричмонд отмечает: «Досадно, что эти устройства не несут реальной пользы. Они настолько просты и безопасны в использовании». Полученные факты, по его словам, говорят о том, что людям, страдающим от ревматоидного артрита, лучше сэкономить свои деньги или расходуя их на другие дополнительные меры, например на рыбий жир, который имеет гораздо более убедительные доказательства своей эффективности при этом заболевании.

Источник: MedicalXpress

Вестник МГНОТ. Тираж 7000 экз.

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

РЕДАКЦИЯ: Главный редактор П.А. Воробьев

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

Редакционный совет: Воробьев А.И. (председатель редакционного совета), Ардашев В.Н., Беленков Ю.Н., Белоусов Ю.Б., Богомолов Б.П., Божарев И.Н., Бурков С.Г., Бурцев В.И., Васильева Е.Ю., Галин В.А., Глезер М.Г., Гогин Е.Е., Голиков А.П., Губкина Д.И., Гусева Н.Г., Дворецкий Л.И., Емельяненко В.М., Зайратьянц О.В., Заславская Р.М., Иванов Г.Г., Ивашкин В.Т., Кактурский Л.В., Калинин А.В., Каляев А.В., Ключев В.М., Комаров Ф.И., Лазебник Л.Б., Лысенко Л.В., Моисеев В.С., Мухин Н.А., Насонов Е.Л., Ноников В.Е., Палеев Н.Р., Пальцев М.А., Парфенов В.А., Пожежева А.В., Покровский А.В., Покровский В.И., Потехин Н.П., Раков А.Л., Савенков М.П., Савченко В.Г., Сандриков В.А., Симоненко В.Б., Синопальников А.И., Сыркин А.Л., Тюрин В.П., Цурко В.В., Чазов Е.И., Чучалин А.Г., Шлептор А.В., Ющук Н.Д., Яковлев В.Б.

Газета распространяется среди членов Московского городского научного общества терапевтов бесплатно

Адрес: Москва, 115446, Коломенский пр., 4, а/я 2, МТП «Ньюдиамед»

Телефон 8-499-782-31-09, e-mail: mtpndm@dol.ru www.zdrav.net

Отдел рекламы: (495) 729-97-38

Внимание!

В адресе корреспонденции

обязательно указание МТП «Ньюдиамед»!

При перепечатке материала ссылка на Вестник МГНОТ обязательна.

За рекламную информацию редакция ответственности не несет.

Рекламная информация обозначена