



ВЕСТНИК МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО

# МОСКОВСКИЙ ДОКТОР

Ноябрь 2005

№ 14

НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ

— Григорий Львович, что Вы можете сказать о развитии геронтологии в России?

— Судя по журналу «Клиническая геронтология», геронтология в России появилась. Я об этом не знал, потому что за границей долго жил. Но по обрывочным сведениям считал, что ее не существует. В прошлом году на конференции в Киеве, я встретил Павла Андреевича Воробьева, и он меня разубедил в этом, показал мне журнал. Я делал его реферат на французском языке и есть основания говорить, что проблемы — очень современные и статьи очень достойные, на уровне европейских стандартов.

— Во Франции много журналов, посвященных геронтологии?

— Да, очень, и много сборников. На самом деле это сейчас один из самых доминирующих разделов медицины. По той простой причине, что происходит пандемия заболеваний старческого возраста, которая грозит разрушить всю экономику и жизнь страны. Потому что в последнее время, скажем, во Франции, как и в других странах, постоянно пытаются провести какие-то реформы, министры здравоохранения пытаются что-то сделать, но там структура не такая вертикальная, там еще и ассоциации пытаются что-то сделать.

— Как Французское правительство осознало необходимость реформ в этой области? Старики ведь не работают, не приносят доход в бюджет?

— На самом деле весь мир понял, думаю, и российское правительство тоже. Россия не самая бедная страна и, судя по вопросам, поднимаемым в «Клинической геронтологии», проблемы одни и те же. Нет никакой разницы, и понимание проблем одинаковое. Павел Андреевич, конечно, не министр и не президент страны, но понимание абсолютно одинаковое.

Во-первых, эти люди всю жизнь платили налоги, а во-вторых — это уменьшение убытков. Старение общества действительно грозит подорвать экономику страны по-настоящему. Только больных болезнью Альцгеймера во Франции миллион и каждый год 220 тысяч новых больных появляется. Следует учесть, что не все диагностированы. Это серьезный удар по экономике. И, естественно, этим людям, которые всю жизнь платили налоги, государство все-таки старается отдавать долги. Это грозит разрушить всю систему. Дело идет к тому, что неизвестно, будут ли люди получать пенсию во Франции через 15 лет. Сейчас уже есть семьи, где есть нередко 4 поколения пенсионеров, обычно — 3 поколения, ну а чаще всего — 2 поколения пенсионеров. На самом деле кто-то должен работать, чтобы кормить тех, кто выходит на пенсию.

— За последние 10—20 лет что-то изменилось в представлении о нормальном физиологическом состоянии пожилого человека? У нас зачастую пожилому пациенту, предъявляющему какие-то жалобы, говорят «а что вы хотели, в вашем-то возрасте». Возникает вопрос и о качестве жизни

— Это ненормально, есть физиологическое старение, которое на самом деле предполагает некоторые изменения в организме, но вовсе не предполагает заболевание. Во Франции качество жизни пожилых людей достаточно высоко. В силу того, что существуют медико-социальные программы для всех пожилых людей. Людей, не попавших не под какую программу, практически нет. Если они этого хотят. Есть люди, особенно во Франции, люди-индивидуалисты, которые не хотят, чтоб их «беспокоили».

Конечно, если человек имеет право на дополнительное пособие при утрате автономии, при инвалидности, вряд ли он откажется. А если недееспособен, — то родственники получают. Качество жизни пожилых людей определяется еще и качеством жизни помощников, его семьи и ближайшего окружения. На самом деле ближайшее окружение рассматривается как отдельный субъект терапевтической стратегии.

— Мы сейчас столкнулись с данными о том, что окружение пациента воспринимает его качество жизни иначе, чем сам пациент.

— Разумеется. Во-первых, люди неграмотны и потому, даже если это специалисты, они не могут быть

объективны. Программы помощи даже в самых развитых странах, а самые развитые страны касательно геронтологии — это, я думаю, Канада и Израиль, там эти программы давно, и там целые программы работы с семьями пожилых людей. Во Франции тоже появились такие пилотные проекты. Повысить качество жизни пожилого без образовательной программы для его семьи практически невозможно. Семейные конфликты являются источником болезни, семейные конфликты болезнь усугубляют. И наоборот.

Больные пожилые — они болезнетворны для ближайшего окружения. То, что раньше называли «синильный психоз», сейчас это болезнь Альцгеймера и нейродегенеративные заболевания, которые так или иначе под-

## ПРЯМАЯ РЕЧЬ

Качество жизни пожилых людей определяется еще и качеством жизни помощников, его семьи и ближайшего окружения.

— Да я знаю это хорошо, потому что я работаю с хе-седами.

— Они есть и при христианских общинах, но в значительно меньшем количестве. Есть государственные социальные службы, обслуживающие в основном малообеспеченных граждан.

— Я надеюсь все это обсудить с Павлом Андреевичем. Врачи из крупных еврейских центров приезжали к нам на

стажировку, вначале — для общего знакомства, потом — каждый со своим проектом. Они выиграли часть конкурсов: из России, в частности, из Санкт-Петербурга, из Вильнюса, Азербайджана. Тогда что-то как бы заработало. Есть проблемы серьезные, как Вы правильно говорите. Модель очень интересная, потому что медико-социальный центр, в котором я работаю, это не совсем конфессиональная организация, это вообще исходно русская организация — ОЗЕ с большими корнями: с 1912 года она функционировала в России. Тем не менее, это медико-социальный центр еврейской общины. Но он открыт для всех. И, более того, у него очень тесные связи. Он не мог бы существовать отдельно. Во Франции это все ассоциативные структуры. Любая большая медико-социальный проект отдается каким-то ассоциациям, вернее, тем, кто выдвигает этот проект. В частности, наш проект большой геронтологической сети, где практически пациент поступает и затем сопровождается на всех этапах, по всем службам, до самого конца. Этот проект начали на основе дневного центра, с израильской модели, у них это функционирует блестяще, но тоже на ассоциативном уровне. Мы работали с ними, потом дальше и дальше продвигалось, а потом, когда 3 года мы проработали, подтвердили работоспособность, мы сделали заявку на аккредитацию в социальном страховании.

— Самым сложным этапом оказывается налаживание государственного финансирования?

— Он не сложный, он простой, есть правила, надо их соблюдать, чтобы все отвечало требованиям государственной медицины. Если нет, — значит, ничего не получится. Государственные структуры в этом плане негибкие во Франции, как и везде. Государственная машина с жестким механизмом, но она оставляет место для творчества, для ассоциаций. Ассоциации всегда продвигают все новое. Еще когда я жил в Свердловске, заведовал хирургическим торакальным отделением, мы работали с французскими врачами по лечению больных с респираторной недостаточностью по использованию специальных дыхательных приборов, на дому у пациента. Это освободило и полностью разгрузило госпиталь, это то, чем тогда занималась ассоциация. Сейчас это во всем мире получило распространение, в России это так и не привилось. Почему — не знаю. Чучалин занимался этим, вбуханы такие сумасшедшие деньги, Вы не представляете себе, какие. Мощнейшие французские фирмы финансировали все это. Во Франции огромное количество людей живет с этими приборами, ходят с ними в кино и театры. Специальные центры с машинами регулярно объезжают этих пациентов, обслуживают приборы, приезжают люди, которые это все заправляют.

— То есть это целая система?

— Да, а социальное страхование это все оплачивает. Но предварительно нужно было доказать рентабельность этой программы, представить экономические обоснования и плюс возможность поддержания системы, это очень серьезно.

— В принципе, этот подход ведь применим к чему угодно, если показать, что что-то рентабельно и осуществимо и это позволит что-то улучшить?

— Такой организации говорят — делайте, а там посмотрим. И министр, и министерство тут не при чем. И вообще министерство этим не занимается, оно декларирует политику.

— Ассоциации в России пока не имеют такой силы.

— Все впереди, все проходят этот путь. Ассоциация — это третья сила между бизнесом и государством, негосударственные структуры. Они во всем мире сейчас

## Во Франции.

### Общественная помощь пожилым

Интервью с профессором Г.Л. Некричем



даются лечению. Раньше же они просто или дома отправляли жизнь окружающим, либо их «складывали» в специальные учреждения, в общем, ничего с ними не делая. Сейчас есть программы помощи. Для их лечения на начальной стадии сейчас большие программы в Австралии. Они работают с пациентами, пациенты должны знать диагноз, они должны иметь возможность распорядиться своей жизнью.

— Вы говорите, что во Франции единицы могут оказываться вне поля зрения центров, а у нас единицы могут попасть в это поле.

— Но это не геронтология, это медико-социальное обеспечение. Про модель я думаю, что начнется взаимодействие с Павлом Андреевичем. Мы готовы предложить модель, которая являлась пилотной во Франции, наш проект, в частности, для Парижа. То есть это программа для большого города в виде полного медико-социального и медико-психологического обеспечения. Как, в какой форме это внедрится здесь, трудно сказать, потому что я не знаю, есть ли уже организованные структуры.

— Они есть, либо это государственные, например, госпитали ветеранов, либо это центры конфессиональные при общинах.

Россия не самая бедная страна и, судя по вопросам, поднимаемым в «Клинической геронтологии», проблемы одни и те же. Нет никакой разницы, и понимание проблем одинаковое.

Ассоциации — это третья сила между бизнесом и государством.

## ИнтерНьюс

**Бернард Пеку, директор Инициативы «Лекарства для редких и «забытых» болезней», говорит, как его организация надеется помочь миллионам людей, живущих в бедности во всем мире**

Когда Пеку работал доктором в Африке и на Дальнем Востоке, он столкнулся лицом к лицу с фактом, что он иногда должен был лечить пациента ядовитыми или неэффективными лекарствами. Для многих болезней в развивающемся мире, забытых в развитых странах, нет дешевых эффективных лекарств, которые имели бы немного побочных эффектов. У фармацевтических компаний нет стимула финансировать исследования таких лекарств, так как это вряд ли даст им приличную прибыль.

«Наша миссия состоит в том, чтобы получить новые улучшенные и уместные для развивающихся стран лекарства для «забытых» болезней, типа лейшманиоза, трипаносомии, малярии и болезни Чагаса», объясняет Пеку. «Каждый имеет право на здоровье и лечение. Люди не должны быть исключены только потому, что они слишком бедны, чтобы заплатить, или их немного, чтобы составить большой рынок. Каждый день больше чем 35 000 человек умирают от инфекционных болезней. Между 1986 и 2001 г., финансирование исследований в области здоровья повысилось с тридцати миллиардов долларов до ста шести, но прогресс в области новых медицинских технологий для бедных остается незначительным.»

Пеку думает, что развитие проблемы лекарств для забытых и редких болезней — более уязвимый процесс, чем создание новых средств для болезней «богатых» наций. Проблемы возникают на всех трех этапах научно-исследовательского процесса, например, фундаментальные исследования обусловлены новыми целями, формируемыми обществом, а новые лекарства попадают в ловушку сложных регулирующих процедур и не достигают пациентов.

Организация Пеку строит альтернативную модель, показывая, что новые эффективные лекарства для забытых болезней можно выгодно производить и поставлять. Его организация в настоящее время прорабатывает 18 проектов после рассмотрения 200 предложений со всего света. В частности, к 2006 г. ожидаются две новые комбинации противомаларийных препаратов, что позволит эффективно лечить миллионы людей с этой фатальной болезнью. Предполагается, что высокая доступность будет обеспечена ценой меньше чем 1 доллар для взрослых и 50 центов для детей. Есть соглашение с компанией Sanofi Aventis о прекращении патентного права на этот препарат. Это означает, что третьи лица будут юридически иметь право делать генерические версии препарата.

Пеку подчеркивает важность организации сети на всех континентах, подобные центры есть сейчас в Японии, Бразилии, Индии, Кении.

**Источник:**

BMJ 2005; 331:12,  
doi:10.1136/bmj.331.7507.12

**Федеральная комиссия специалистов рекомендовала всех без исключения беременных женщин в США проверять на инфицированность вирусом СПИДа**

Инфицированным женщинам будут давать лекарственные коктейли, делать кесарево сечение и рекомендовать воздерживаться от грудного вскармливания. Это сведет риск заражения детей до 1% по сравнению с обычными для таких случаев 25%

Из 4700000 американских рожениц в 2002 г. 6300 были инфицированы вирусом иммунодефицита.

**Источник:**

Радио Свобода

## СВЕТСКАЯ ХРОНИКА

Ежегодно в конце сентября — начале октября геронтологи страны съезжаются на научно-практическую конференцию «Пожилой больной. Качество жизни». Она традиционно проводится в залах Дома Ученых РАН. В этом году конференцию посетило более тысячи участников, организаторы связывают это в том числе и с публикациями объявлений в газете «Вестник МГНОТ». Всего на конференции выступило более сотни специалистов, но наиболее интересными можно считать:



А.С. Юрьев открывает конференцию

Доклад заместителя руководителя Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития А.С. Юрьева, который рассказал о проблемах в реализации программы дополнительного лекарственного обеспечения. Этот вопрос затрагивался и в выступлениях представителей регионов. Основные трудности — незнание врачами тех современных препаратов, которые вошли в перечень лекарств, административные, ничем не оправданные ограничения по выписке рецептов. Андрей Серафимович призвал шире выписывать то, что необходимо больному человеку. Прозвучала идея о привлечении в программу дополнительного лекарственного обеспечения новых континентов пациентов за счет льготных категорий, которые получают лекарства за счет региональных бюджетов. Многие подтвердили, что стали доступнее лекарства из групп сердечно-сосудистых, противоопухолевых средств и т.д.

Большой интерес вызвал круглый стол, на котором обсуждались проблемы оказания медицинской и соци-

альной помощи пожилым в различных странах — Франции, Украине, Мексике, России. Часть этих сообщений будет опубликована в «Вестнике МГНОТ».

Блестящие секции по клиническим аспектам помощи пожилым, как обычно, организовали академики В.А. Насонова, А.П. Нестеров, А.В. Покровский, А.И. Мартынов, профессора В.А. Парфенов, М.В. Авксентьева, Л.М. Горюловский, Л.Б. Лазебник, В.М. Махов, П.Н. Олейников, А.И. Шатихин, Н.К. Черейская, В.Е. Ноников, Е.О. Саксонова, Л.М. Балашова, Е.М. Шилов, Ю.В. Конев, Р.И. Стрюк, В.С. Задонченко, А.А. Надеев, С.В. Иванников, Е.С. Цветкова, а также Л.Д. Гриншпун, А.Д. Пальман, Н.Н. Камынина.

Важным элементом конференции является обсуждение вопросов сестринских технологий в гериатрической практике. В этот раз, в частности, разбирались вопросы стандартизации медицинских услуг среднего медицинского персонала. В обсуждении принимали участие специалисты по сестринскому делу из Великобритании. Вместе с тем заметно было отсутствие обсуждения тематики социальной

## Геронтологи и гериатры России собрались в десятый раз

помощи пожилым — эта тема постоянно «буксует» в нашем отечестве.



Зал полон...

На 2-м съезде научного общества гериатров и геронтологов России было озвучено начало аккредитации организаций, осуществляющих помощь пожилым гражданам. Это новый подход к обеспечению качества помощи, гармонизированный с международными принципами, основанный на партнерстве и добровольности процедуры. Материалы выступления будут опубликованы в нескольких номерах журнала «Клиническая геронтология».

Постоянно действующий Оргкомитет конференции во главе с председателем П.А. Воробьевым сообщил о дате проведения следующей — 11 конференции: 2–4 октября 2006 года и пригласил всех заинтересованных принять в ней участие.

Собственная информация



Л.Д. Гриншпун вот уже десять лет подряд ведет гематологическую секцию



А.В. Покровский разбирает вопросы ангиологии



В Президиуме Л.Б. Лазебник и А.И. Шатихин



ЛАБОРАТОРНАЯ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА.

## СПУТНИК ИНТЕРНИСТА

Под ред. проф. П. А. Воробьева

Издательство «Ньюдиамед»

Бестселлер учебно-методической литературы!

В краткой по точной форме содержит показатели нормы и трактовку результатов общеклинических и биохимических исследований крови, мочи, системы гемостаза, других биологических жидкостей, ЭКГ, ФВД, тестов функциональной диагностики, ультразвуковых исследований внутренних органов и др. Всего 8000 параметров.

Книга — Ваш верный помощник в любой ситуации по выбору правильного диагноза.

**Научно-практическая конференция**  
**«Управление качеством в здравоохранении:**  
**лицензирование, стандартизация,**  
**клинико-экономический анализ»**

**5–7 декабря 2005 года**

**Оргкомитет конференции**

**Кафедра гематологии и гериатрии с курсом стандартизации в здравоохранении ФППОВ ММА им. И.М. Сеченова**  
**115 446, Москва, Коломенский проезд 4, ГКБ N 7**  
**Тел./факс: (095) 118-74-74, (095) 246-01-19 E-mail: [mtpndm@dol.ru](mailto:mtpndm@dol.ru) [www.zdrav.net](http://www.zdrav.net) [www.rspor.ru](http://www.rspor.ru)**

**Информационное сообщение**

Конференция организуется Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития, Межрегиональной общественной организацией «Общество фармакоэкономических исследований» (МОООФИ), Межрегиональной общественной организацией содействия стандартизации и повышению качества медицинской помощи.

**Основные научные направления конференции:**

- управление качеством в здравоохранении;
- лицензирование медицинской деятельности и аккредитация медицинских организаций;
- федеральная и региональная политика в области стандартизации медицинских технологий;
- экономический анализ эффективности применения медицинских технологий, клинико-экономический (фармакоэкономический) анализ;
- медицина, основанная на доказательствах;
- политика в области лекарственного обеспечения: перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, формулярная система, программа дополнительного лекарственного обеспечения;
- протоколы ведения больных, стандарты оказания медицинской помощи;
- стандарты оказания высокотехнологичных видов медицинской помощи;
- технологии выполнения медицинских услуг.

Оргкомитет приглашает принять участие в конференции специалистов всех уровней в области организации и экономики здравоохранения, фармакоэпидемиологии, клинической фармакологии, фармацевтического бизнеса, клинической медицины, лицензирования и аккредитации, страховой медицины и практического здравоохранения.

Во время конференции будет проводиться выставка с участием ведущих фирм — производителей и дистрибьюторов лекарственных средств, медицинской техники и изделий медицинского назначения.

По всем вопросам обращаться по тел/факсу (095) 118-74-74, (095) 246-01-19 или по E-mail: [mtpndm@dol.ru](mailto:mtpndm@dol.ru)

Регистрационный взнос с учетом действующих налогов: 1600 рублей.

Регистрационный взнос для членов Межрегиональной общественной организации «Общество фармакоэкономических исследований» (МОООФИ) с учетом действующих налогов: 800 рублей.

Регистрационный взнос обеспечивает: аккредитацию участника конференции, публикацию тезисов, получение опубликованных тезисов и других материалов конференции, сертификат участника. Вопрос о возможности аккредитованных участников выступить с устным сообщением решается Организационным комитетом конференции на основании заявки на участие и тезисов.

Регистрационный взнос следует перечислять по курсу ЦБ на день проведения платежа на расчетный счет ООО «Медико-технологическое предприятие Ньюдиамед»:

К/с 301 018 100 000 000 005 05,  
 Р/с 407 028 105 000 000 004 85  
 в АКБ «СТРАТЕГИЯ» (ОАО)

БИК 044 579 735,

Код по ОКОНХ: 915 14, ОКВЭД — 22.12

Код по ОКПО: 189 440 19,

ИНН 770 224 522 0

с пометкой «Конференция по качеству» (при необходимости высылается счет-фактура).

Заявки на участие в конференции по прилагаемой форме направляются после перечисления регистрационного взноса и принимаются до 15 ноября 2005 г. Авторы докладов, включенных в программу конференции, получают уведомление от Оргкомитета

Заполните заявку, **обязательно указав в ней форму участия**, и вышлите по адресу: 115446 г. Москва, Коломенский проезд, 4, ГКБ N 7, Кафедра гематологии и гериатрии с курсом стандартизации в здравоохранении ФППОВ ММА им. И.М. Сеченова, Оргкомитет конференции «Управление качеством в здравоохранении: лицензирование, стандартизация, клинико-экономический анализ» или по факсу (095) 118-74-74 или (095) 246-01-19. Заявки по электронной почте просим продублировать факсом или письмом.

Для иногородних участников, при наличии в заявке указания на необходимость обеспечения жильем, на время конференции бронируется гостиница.

**ИнтерНьюс**

**На рынке страховых услуг новинка — теперь можно застраховаться даже от птичьего гриппа**

Спрос рождает предложение. Паника, поднимаемая газетами и телевидением в отношении птичьего гриппа, позволит страховым компаниям в ближайшем будущем отхватить немалый куш. Так, уже поступил в продажу новый продукт одной из известных компаний по страхованию от несчастных случаев — «Антивирус». По этому полису стоимостью около 3,5 тысяч руб. в год в случае инвалидности 1, 2 и 3 групп, вызванной заболеванием вирусом птичьего гриппа H5N1, H7N7 и H9N2, компания обязуется выплатить заболевшему 300 000 рублей.

**Источник:**  
 Групп.RU

**По инфарктам и инсультам мы впереди планеты всей**

Всемирная организация здравоохранения обнародовала статистику сердечно-сосудистых заболеваний в 34 странах мира. Россия заняла первое место по смертности от этих недугов, опередив прежнего лидера — Румынию. От болезни сердца и сосудов умирают 57 процентов наших сограждан. Такого показателя нет ни в одной развитой стране мира.

Статистика по России выглядит просто потрясающей: из каждых 100 тысяч человек только от инфаркта миокарда мы ежегодно теряем 330 мужчин и 154 женщин, от инсультов — 204 мужчины и 151 женщину. Всего же от сердечно-сосудистых заболеваний каждый год умирает 1 миллион 300 тысяч человек в год — население крупного областного центра. Львиная доля здесь принадлежит ишемической болезни сердца (ИБС) и артериальной гипертензии с ее осложнениями.

Главной причиной нашего печального первенства названы различия в методах лечения ИБС. В год, например, российские хирурги делают 5—7 тысяч операций на сердце при ИБС, хотя требуется в 10—15 раз больше! Такие методы инвазивной терапии, как баллонную ангиопластику и стентирование, в России используют для лечения только одного процента больных ИБС, на западе у — 20—30 процентов.

Баллонная ангиопластика оценивается в среднем в 20 тысяч рублей. В США еще 10 лет назад таких операций проводили по 600 тысяч в год. А у нас? Единственный в стране специализированный Центр интервенционной кардиоангиологии в Москве делает ежегодно около тысячи операций, в других клиниках и центрах не дотягивают и до этой цифры. Если пациент не попал в мизерное число счастливых, получивших направление от Минздравсоцразвития, операция стентирования обойдется ему вдвое дороже ангиопластики — примерно в 40 тысяч рублей. В России имеется около 70 медицинских центров, где могли бы делать подобные операции (в США — раз в 10 больше), но у большинства пациентов просто нет на это средств. Но, возможно, что-то изменится в будущем. Другое направление — активно продвигать одно из достижений медицины последних лет, фибринолитическую терапию. Правда, чтобы распознать инфаркт в течение первых двух часов, нужен целый ряд составляющих: и хорошая диагностика, и нормальная «Скорая», и, конечно, поликлиническая помощь — ведь человек должен знать, что с ним может случиться, и быть готовым к неприятностям. Что обиднее всего, россияне могли бы быть в числе «законодателей мод» в высокотехнологических операциях на сердце. Примерно треть пациентов-сердечников, по данным Всемирной организации здравоохранения, нельзя подвергать шунтированию, а сами шунты с течением лет требуют замены. Причем до половины больных повторную операцию могут не выдержать.

**Источник:**  
 МедНовости.ru

**ЗАЯВКА НА УЧАСТИЕ**

**в Оргкомитет научно-практической конференции**

**«Управление качеством в здравоохранении: лицензирование, стандартизация, клинико-экономический анализ»**

**ЗА ПОЛНЯТЬ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ**

Фамилия \_\_\_\_\_

Имя \_\_\_\_\_

Отчество \_\_\_\_\_

Место работы и должность: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Адрес для переписки: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Телефон/факс: \_\_\_\_\_

**Форма участия (отметить):**

Слушатель       Стендовый доклад       Устное сообщение

**В жилье:**

Нуждаюсь       Не нуждаюсь



**СПРАВОЧНИК ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ**  
**ФОРМУЛЯРНОГО КОМИТЕТА**

**2005 год**

**Под редакцией профессора П.А. Воробьева**

**Издательство «Ньюдиамед»**

Справочник Формулярного комитета включает только жизненно необходимые лекарственные средства, которые на протяжении многих лет отбирались Формулярным комитетом для Перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств. Справочник содержит сведения о 416 лекарственных средствах.

Формулярные статьи прошли тщательную экспертизу и содержат стандартизированные по форме и содержанию сведения о применении лекарственного средства, включая правила назначения, контроля за эффективностью, изменения доз и отмены, информацию для пациентов и членов их семей, медицинского персонала. Справочник обеспечивает практикующих врачей адекватными и достоверными данными по применению наиболее эффективных лекарственных средств. Справочник может быть использован для составления формуляра территории или медицинской организации. Информация по применению лекарств уникальна и ее нет ни в одном другом издании!

## ИнтерНьюс

### Аналитическая группа исследования ПИФАГОР подвела результаты фармакоэпидемиологического исследования артериальной гипертензии в России

Целью исследования было изучение реальной клинической практики лечения пациентов с артериальной гипертензией в России. Проводился опрос врачей и пациентов с помощью специально разработанных анкет: 530 врачей из 34 городов России и 3798 анкет пациентов из 85 городов и населенных пунктов России. Основу назначений больным составили 4 класса препаратов: ингибиторы АПФ (удельная доля достигает 40%), бета-адреноблокаторы, диуретики и антагонисты кальция, причем удельная доза каждого класса препаратов была сопоставима по результатам опроса врачей и пациентов. 93,6% пациентов принимают гипотензивные препараты, среднее количество гипотензивных препаратов составляет 1,72 на 1 больного; 14% пациентов принимают «устаревшие» препараты центрального механизма действия. Детально изучена структура каждого класса гипотензивных препаратов, тактика назначения гипотензивной терапии врачами, комплаентность больных и экономические аспекты.

**Источник:**

*Проблемы стандартизации в здравоохранении, 2005, № 4.*

### Хирургическая миозектомия существенно улучшает выживаемость у больных с обструктивной гипертрофической кардиомиопатией

Обструкция выносящего тракта левого желудочка является основным признаком гипертрофической кардиомиопатии, а также независимым предиктором прогрессирования сердечной недостаточности, сердечно-сосудистой смерти. В течение более 40 лет для лечения гипертрофической кардиомиопатии применяется хирургическая септальная миозектомия, приводящая к гемодинамическому и клиническому улучшению. Однако ее влияние на долгосрочную выживаемость практически не изучалось. Д-р Стив Оммен и его коллеги (Клиника Мэйо, Рочестер, Миннесота) сравнили общую и связанную с гипертрофической кардиомиопатией смертность у 289 пациентов, перенесших септальную миозектомию, 228 неоперированных больных с обструкцией выносящего тракта левого желудочка, и 820 человек с необструктивной гипертрофической кардиомиопатией.

Даже при включении в анализ 2 смертей в периоперационном периоде оказалось, что 1-, 5- и 10-летняя выживаемость после миозектомии (98%, 96% и 83%, соответственно) достоверно не отличалась от таковой в общей популяции (с учетом возраста и пола) или среди лиц с необструктивной гипертрофической кардиомиопатией. После миозектомии улучшалась и общая выживаемость по сравнению с неоперированными больными с обструктивной гипертрофической кардиомиопатией — 98%, 96% и 83% против 90%, 79% и 61% соответственно. Аналогичная тенденция отмечалась и для связанной с гипертрофической кардиомиопатией выживаемости (99%, 98% и 95% против 94%, 89% и 73%), и для выживаемости, связанной с внезапной сердечной смертью (100%, 99% и 99% против 97%, 93% и 89%, соответственно). Полученные данные поддерживают концепцию септальной миозектомии как основного метода лечения гипертрофической кардиомиопатии с обструкцией выносящего тракта левого желудочка, резистентной к медикаментозной терапии.

**Источник:**

*J. Am. Coll. Cardiol. 2005; 46: 470-6*

Напомним, что в № 4 Вестника МГНОТ вышла статья «Фарминдустрия на марше», посвященная проблемам взаимодействия врача и медицинского представителя фармацевтической компании. Основные тезисы этой статьи — медреп на определенном этапе, казалось бы, «нес знания в массы», информируя врачей о новых препаратах. Но распространяемые знания эти однобоки и обусловлены необходимостью продать рекламируемое лекарство. Например, ни один реп никогда не скажет о преимуществах лекарства-конкурента. Одновременно репами создавалась среда для культивирования у врачей желания извлекать нетрудовые доходы. Этой средой в последние годы активно воспользовались представители сетевого маркетинга биологических добавок.

В статье не было обвинения ни врачей, ни репов, наоборот, говорилось, что сложившееся положение — результат дикого развития рынка в здравоохранении, который до последнего времени не регулируется государством. Отсутствие в социальном секторе государственного регулирования — это демонстрация отсутствия интереса у государства к собственным гражданам, это крах института государственности. Что, собственно и происходит и что наглядно видно по нарастающему упадку нравственности и этичности нашей медицины. Примеров тому — миллион, один из вопиющих — случай в Урюпинске, где в доме для престарелых создали карцер, куда складывали плохо ведущих себя слепых стариков. Кому-то покажется, что ничего особенного не происходило, «хотели как лучше», кому-то — что отдельные примеры — еще не система, кому-то — что нужно бить во все колокола, не взирая на звания и регалии.

Статья о медрепах была перепечатана (с согласия автора) в газете «Фармацевтический вестник». К ней была сделана приписка, что «мнение редакции может не совпадать с мнением автора». Но, оказывается, уже готовилось опровержение и защита бедных медрепов от злокозненных нападок. Практически одновременно г-ном О.П. Фельдманом было опубликовано в двух изданиях, имеющих общего хозяина (в Фармацевтическом и Медицинском вестниках), резкое мнение, противоположное по всем основным пунктам только что высказанному.

Несколько цитат, чтобы стало понятно, о чем спорят. «На нашем рынке... сформировался тип... мачо от фармацевтики... принципиально критического и однобоко последовательного. Технология проста как дважды два. Выбирается негативное проявление какого-то явления или события (например, фальсифицированная партия лекарств, некорректная информация о препарате, etc) и распространяется на всю генеральную совокупность, дескать, все лекарства или все производители такие, бей в барабан, труби в дудку. Телерь вот таким объектом стали и медицинские представители...» Неужели г-н Фельдман всерьез предполагает «заказной» характер статьи? Действительно, этические вопросы медреперства обсуждаются в последнее время все чаще и чаще.

Продолжим: «...институт медицинских представителей является абсолютно логическим звеном в современной системе маркетинга лекарственных препаратов. И, конечно, невозможно обсуждать совершенство или несовершенство этого механизма без обсуждения той среды, в которой происходит его функционирование. Равно как недопустимо распространять любые, даже самые вопиющие случаи работы медрепов на всех представителей этой специальности. Равно как невозможно судить о всех чиновниках лишь по тем, кто берет взятки, о всех лидерах медицинского общественного мнения по тем, кто публикует абсолютно противоположные утверждения, или о врачах, опираясь лишь на принимающих материальные вознаграждения за проявления своих предпочтений в отношении того или иного препарата... У медицинского представителя две основные функции — продавать (прямо или косвенно) и информировать (чтобы продавать в конечном счете)... От этой функции на-

ше государство элегантно себя освободило достаточно давно... Так вот, функция информирования врачей фактически перешла к фармпроизводителям... Никто и никогда не скажет им за это спасибо, хотя и мог бы.»

Получается, что медреп — луч света в темном царстве врачебного невежества. Возможно, отчасти это и так, но где же медицинские журналы, книги, учебники, конгрессы и конференции, образовательные программы усовершенствования врачей? Создается впечатление, что вся система последипломного образования может быть заменена на репов. Но это — слишком очевидно — не так. Конечно, система последипломного образования неповоротлива, устарела, ее надо модернизировать. Но делать это могут либо государст-

во (как это сегодня и происходит в рамках реализации Болонского соглашения), либо — общественные профессиональные организации (что при всей внешней привлекательности и демократичности далеко не идеальный вариант, в частности — из-

за ангажированности «общественности» фармацевтическими производителями). Или ее, ангажированности, нет, все такие белые и пушистые? Во всяком случае, в высказываниях г-на Фельдмана именно так: отдельные факты коррупции нельзя переносить на всех. Конечно, нельзя, но если отдельные факты как капли дождя сливаются в поток, то не заметить этого невозможно. Только если, как страус, засунуть голову в песок и вести наблюдение оставшейся наверху частью тела.

Продолжим цитировать: «Не совсем корректно одновременно говорить о продвижении лекарственных средств и БАД... свобода врачей в «некорректных» назначениях достаточно сужена. А мракобесие, шаманство и мздоимство есть практически везде, даже в политике или биологической науке. Но еще раз призыву коллег к ответственности в заявлениях.»

Картина благодати при взаимодействии репа и врача, нарисованная в статьях г-ном Фельдманом, конечно, далеко не соответствует действительности. Можно все изображать в пастельных розовых красках, но, как сказал Шолом Алейхем: «Сколько не говори: халва, халва, во рту слаще не станет». Проблемы надо не ретушировать, а высвечивать. Их надо не замалчивать, а обсуждать. Прежде всего — это вопросы этики и законодательства. Как воздух нужен этический кодекс действий представителей фарминдустрии, регулирующий и вопросы рекламы, и вопросы продвижения препаратов в профессиональной среде, и вопросы утаивания информации, к примеру, о побочных эффектах.

Но все-таки врачи должны знать, что их стараются обмануть — иногда почти бессознательно. Не только репы. Например, известный справочник лекарственных средств Видаль вводит врачей в заблуждение тем, что публикует сведения только о тех препаратах, за которые заплачены деньги. А остальных препаратов нет в природе, они не зарегистрированы? А ведь Видаль — самый распространенный справочник в нашей стране. Когда эти претензии были очно высказаны руководству издания, оно, руководство, очень обиделось. С тех пор прошли годы, но нигде в справочнике Видаль вы не найдете сведений о недостоверности, однобокости, избирательности представляемой информации. Значит ли это, что нужно запретить справочник Видаль? — нет, но обязать издателей указывать сложившиеся ограничения в информации необходимо.

Есть ли что-то хорошее в деятельности медрепов? Не получается ли слишком черная картина? Конечно, есть. Например, одна из крупнейших компаний на мировом рынке начала собирать информацию о побочных реакциях своих препаратов. Ежемесячно поступает до 200 сообщений через сеть медрепов. Кроме того, учитывается применение препаратов по показаниям, не оговоренным в инструкции. Зло-

*Продолжение на стр. 6* ↗

## О бедном медрепе замолвите слово

П.А. Воробьев

### ОТРАСЛЕВОЙ СТАНДАРТ

### ПРОТОКОЛ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ. ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИХ И ИНЫХ ИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ

Утвержденный МЗ РФ, приказ № 233 от 09.06.2003 г.

Издательство «НьюДиамед»



От тромбоэмболии легочной артерии умирает больше людей, чем от аварий на дорогах. Остановим эпидемию тромбоэмболий. Впервые профилактика тромбоэмболии вменена в обязанность при хирургических операциях приказом. Протокол нужно выполнять, а для этого нужно знать, что в нем написано. Тираж ограничен.

После долгой и продолжительной болезни на 74 году ушел из жизни основатель российской школы детской онкологии, доктор медицинских наук, профессор, академик РАМН, зам. директора ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН — директор НИИ детской онкологии и гематологии Лев Абрамович Дурнов.

Лев Абрамович в течение 3 лет после окончания II Московского медицинского института работал в сельской больнице врачом-хирургом, затем с 1959 по 1962 годы врачом-хирургом в детской городской клинической больнице № 1 г. Москвы. В 1962 г. защитил кандидатскую диссертацию на тему: «Лечение микросфероцитарной анемии у детей». С 1962 по 1965 гг. — заведующий хирургическим отделением Морозовской детской больницы. В 1966 г. защитил докторскую диссертацию на тему: «Лечение опухоли Вильмса у детей» и был утвержден в должности зав. отделением детской онкологии ОНЦ АМН СССР. В 1971 г. ему присвоено звание профессора. В 1994 г. избран членом-корреспондентом РАМН, в 1999 г. — академиком РАМН. С января 1990 г. и до последнего времени являлся зам. директора ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН по научной работе, директором НИИ детской онкологии и гематологии.

Львом Абрамовичем впервые в нашей стране создано отделение детской онкологии. Л.А. Дурнов руководил научными исследованиями в области новых направлений в диагностике и лечении опухолей у детей. Существенным вкладом этих научных исследований явилась разработка комплексных подходов к программной терапии нефробластомы. Последние годы Лев Абрамович уделял большое внимание разработке комплексной терапии опухолей в III—IV стадиях опухолевого процесса. Под его руководством впервые в России в 1991 году создано отделение трансплантации костного мозга у детей. В 1999 г. ему присуждена Государственная премия за работу «Лечение опухолей костей». Ряд научных исследований посвящены вопросам качества

жизни детей, излеченных от онкологического заболевания, а также вопросам медицинской, психологической и социальной адаптации данной категории детей.

Под руководством Л.А. Дурнова выполнено 72 кандидатских диссертаций и 20 докторских диссертаций. Многие его ученики стали руководителями онкологических отделений России и стран СНГ. Он являлся автором и соавтором свыше 420 научных работ и 32 монографий. В 1993 году под руководством Л.А. Дурнова организована кафедра детской онкологии РМАПО. Л.А. Дурнов являлся членом Президиума Формулярного Комитета, возглавлял комиссию по онкологии.

Л.А. Дурнов являлся «Заслуженным деятелем науки РФ», членом Межведомственного совета по злокачественным новообразованиям, членом SIOP, почетным профессором Рязанского государственного медицинского университета, членом редакции Большой Медицинской Энциклопедии, гл. редактором журнала «Детская онкология», членом редколлегии журналов «Вестник РАМН», «Детская хирургия», «Российский онкологический журнал», «Российский биотерапевтический журнал», «Вместе против рака», советником Президиума РАМН. Лев Абрамович автор блестящих книг о профессии, предназначенных не только врачам.

За большой вклад в развитие российского здравоохранения и науки награжден Орденом «Знак Почета».

До последнего Лев Абрамович сопротивлялся одолевшей болезни. Но преждевременная кончина не позволила осуществить многочисленные дальнейшие планы. Лев Абрамович был многогранным специалистом, замечательным ученым, чутким и отзывчивым человеком, сплотившим вокруг себя коллектив единомышленников. Память о нем навсегда останется в наших сердцах.

*Коллеги, друзья, ученики.*



**21.12.1931–12.09.2005**  
**Лев Абрамович ДУРНОВ**

## ИнтерНьюс

**Низкая вариабельность сердечного ритма может частично объяснять повышенный риск смерти у больных, страдающих постинфарктной депрессией**

Д-р Роберт Карней и его коллеги (Школа Медицины Вашингтонского Университета, Сан Луис, Миссури) выполняли суточное амбулаторное мониторирование ЭКГ у 311 пациентов с депрессией и недавно перенесенным инфарктом миокарда — участников исследования ENRICHED (Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease), а также у 367 человек без депрессии. Оказалось, что вариабельность сердечного ритма была достоверно ниже у больных с депрессией по сравнению с участниками без нее: 6,5 против 6,9. За 30 месяцев наблюдения умерли 6,1% пациентов. После поправки на вмешивающиеся факторы больные с депрессией оставались подверженными повышенному риску смерти от всех причин: отношение рисков 2,8. После включения в анализ вариабельности сердечного ритма влияние депрессии на выживаемость несколько уменьшилось (отношение рисков 2,1). Низкая вариабельность сердечного ритма объясняла около 25% риска смерти, обусловленного депрессией. Тот факт, что депрессия становится достоверным фактором риска смерти лишь спустя 12 месяцев после перенесенного инфаркта миокарда, может говорить о постепенном уменьшении приверженности больных назначенной терапии. Другими вероятными механизмами связи депрессии и риска смерти авторы считают прокоагулянтные и провоспалительные процессы, которые, возможно, ассоциируются как с депрессией, так и с коронарной патологией.

**Источник:**

*Arch. Intern. Med.*  
2005;165:1486-91.

**Оральная антикоагулянтная терапия в пожилом возрасте является предметом беспокойства врачей, так как остается дилемма — несмотря на строгие показания к их применению, с возрастом увеличивается риск кровотечений**

Марк Торн и другие исследователи из Лейдена (Нидерланды) анализировали риск кровоизлияния и тромбоза по соотношению к возрасту пациентов, которые получали оральные антикоагулянты в обычном порядке после установки механического клапана сердца (международное нормализованное отношение — МНО — 3,5), мерцательной аритмии или инфаркта миокарда (МНО 3,0). Пациенты, 4202 человека, включались в наблюдение между 1994 и 1998 и были сгруппированы в соответствии с возрастом: 842 пациента моложе 60-ти лет; 1200 в возрасте между 60 и 70 годами; 1464 пациента в возрасте между 71 и 80 годами; и 696 пациентов старше 80 лет.

Риск мозгового кровоизлияния повысился от 1,5 на 100 прожитых лет для пациентов моложе 60 лет до 4,2 на 100 прожитых лет для пациентов старше 80 лет (отношение рисков 2,7).

Риск тромбоза осложненный повысился от 1,0 на 100 прожитых лет, для пациентов моложе 60 лет до 2,4 на 100 прожитых лет для пациентов старше 80 лет (отношение рисков 2,2).

Следовательно, с возрастом повышается и риск тромбоза осложненный и риск кровотечений, однако некоторым пациентам обязательно нужно принимать оральные антикоагулянты, поэтому возникает проблема изучения возможности снижения риска кровоизлияний.

**Источник:**

*Arch. Intern. Med.*  
2005;165:1527-1532.  
July 11, 2005.

Начало на стр. 1

мощно развиваются, мощнейшее движение с миллиардными оборотами. Никакое министерство никаких проектов спустить вам не будет. Нужно все делать самим.

**— Откуда берутся деньги на содержание центров?**

— Деньги всегда есть и деньги всегда можно найти. Откуда берутся деньги — отсюда же, откуда берутся деньги на конференции — из лабораторий (фармацевтические фирмы во Франции). Есть и другие источники. Один день в нашем дневном центре стоит 120 евро. Это большие деньги. Пациенты платят не больше чем 15 евро. То есть они платят небольшой процент, которого не хватает от страховки или чего-то еще. Ведь во Франции, также как и в России, есть много целевых групп. Участники войны, жертвы Холокоста, концлагерей, инвалиды. Все эти денежные льготы по желанию пациента могут целевым образом использоваться. За них платят фонды, а в принципе целевые проекты либо платят за всех, либо за каждого, но потом это делится на всех. Я специально считал и насчитал примерно 8 источников, из которых это может финансироваться. Мы работаем с домами престарелых. Допустим, часть пациентов желают посещать этот центр, какой-то другой реабилитационный центр. Первое, что нужно для организации центра — найти исполнительного директора, который все это умеет и знает, это может быть и врач, и не врач. Например, директор одного из наших центров — это мэр одного из пригородов Парижа. Потом он был очень крутым бизнесменом. Вот такая незаурядная личность, с которым советуешься, который знает «как».

**— Я все пытаюсь примерить это к нам.**

— Будем работать вместе. Информационную помощь, то есть «как», мы вам поможем организовать. Конечно же, нельзя полностью копировать модель. Законы отличаются, все надо адаптировать. И мы на первых порах взяли только основы, все остальное адаптировали.

**— Делитантский вопрос, во Франции ведь очень много эмигрантов, в основном арабы, как обстоит с дело с ними. Они попадают в эти программы?**

— Самых разных эмигрантов очень много. Если они граждане страны, то конечно. Но ведь миллионы нелегалов, вот с ними сложно. Я это немного знаю, поскольку работал на

социальной «скорой помощи» для нелегальных граждан. Конечно же, много неохваченных. Но существует огромное количество учреждений, осуществляющих чисто социальную помощь. Государство не оказывает никакой материальной помощи конфессиональным, религиозным организациям, но и не мешает. Это должно быть открыто для всех. Это должна быть, в конечном счете, государственная программа. У нас много разных программ, для людей всегда есть выбор. Некоторые участвуют сразу в нескольких программах. Есть государственные, они сами по себе дают все-таки достойное существование. Это и пособия, другое дело — как они их расходуют. Это один уровень. Другой уровень — уровень инициативно-ассоциативный, те, кто охвачен этими программами — они живут лучше. Есть программы мэрий. Допустим, каждый пожилой человек может поехать в очень хороших условиях на каникулы на 2—3 недели, это «государственные каникулы», к медицине это не имеет никакого отношения. Существует много социальных, не медицинских программ. Медицинские — это льготы, это семейные врачи, а все, что кроме этого — это дополнительное. В зависимости от активности пациентов, их родных, от того, насколько им это нужно и насколько они подходят под условия программы.

**— То есть активный пожилой пациент может довольно много получить от Франции в различных ипостасях?**

— Конечно. Очень много малограмотных людей лишаются доступа просто из-за неинформированности. Но это касается и молодых людей. Надо активно всем интересоваться.

**— А центры заинтересованы, чтоб о них многие узнали, у них мощности хватит на всех?**

— Конечно, их ведь много разных, потому что без заинтересованности они получат меньше денег. Семейный врач нам не конкурент, наоборот, мы работаем вместе с ним, и он выше котируется, если имеет много возможностей для своих пациентов. Чем больше связей у семейного врача, тем он лучше, тем больше у него пациентов. Естественно, если нет материальной заинтересованности, то вы не заставите никого ничего делать. Во Франции существует бесплатная помощь на дому для всех пожилых людей. А между негосударственными службами, оказывающими помощь на дому, существует конкуренция.

*Беседовала с Г.Л. Некричем А. Власова*



### «ГЕРИАТРИЯ В ЛЕКЦИЯХ» тт. 1 и 2

Под ред. профессора П.А. Воробьева

Издательство «Ньюдиамед»

Лекции, созданные лучшими специалистами в геронтологии, гериатрии, терапии, врачами всех специальностей, чьи пациенты — пожилые люди.

Фундаментальные вопросы биологии и патофизиологии старения, особенности течения и терапии различных заболеваний в позднем возрасте, современные методы диагностики и лечения, социальные вопросы — все это предназначено для врачей, кто видит проблему пожилого человека стратегически важной.

## ИнтерНьюс

**Исследование среди 2000 англичанок в возрасте до 30 лет, проведенное журналом Pregnancy & Birth, показало, что многие находятся далеко не в лучшей физической кондиции для зачатия детей — 60% употребляют алкоголь, а 40% курят**

Только 26% курильщиц для рождения ребенка отказались от этой привычки, а среди их партнеров то же самое сделали 23%. Только 44% британских женщин сказали, что во время зачатия стараются питаться здоровой пищей. Среди опрошенных треть мужчин и женщин, пытающихся зачать ребенка, обладают лишним весом. Идеальным возрастом для рождения ребенка 70% англичанок назвали 26 лет. Среди причин того, что женщина до сих пор не завела детей, многие называли чувство неготовности дать жизнь новому человеку, отсутствие подходящего партнера и желание сделать карьеру. По мнению редактора журнала Сары Харт, женщины часто тратят молодые годы в попытках избежать беременности, и если этого все же не происходит, то потом они вообще могут оказаться не в состоянии родить. По словам Харт, к 35 годам шансы родить уменьшаются в два раза от тех, что были у женщины в 25 лет, а к 40 — еще в два раза от тех, что были в 35. Доктор Алан Пэйси из Университета Шеффилда рассказал, что в Англии каждая седьмая пара имеет проблемы с оплодотворением. Женщины должны серьезно подумать о том, чтобы к своему 30-летию найти достойного отца для своего ребенка и сделать перерыв в карьере. Люди должны понимать, что образ жизни имеет непосредственное влияние на их способность к оплодотворению.

И, что еще более важно, пока есть возможность зачать — необходимо ею воспользоваться, потому что потом люди начинают сражаться за то, чтобы родить ребенка, и готовы пойти практически на все, лишь бы забеременеть. Главное — не упустить время, пока можно все сделать естественным путем.

Источник:  
Inopressa.ru

**Молодые люди с метаболическим синдромом чаще имеют повышенный показатель «интима-медия» сонных артерий и, следовательно, увеличенный сердечно-сосудистый риск**

По мнению д-ра Джеймса Стейна и его коллеги (Школа Медицины Университета Висконсина, Мэдисон) здоровый образ жизни — это задача всей жизни. Выявление и модификация факторов риска должны начинаться как можно раньше. Ученые проанализировали данные 507 не страдающих сахарным диабетом участников исследования Bogalusa Heart Study. Всем участникам, средний возраст которых составил 32 года, выполнялось УЗИ сонных артерий в В-режиме. Метаболический синдром диагностировался по критериям NCEP (National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III) и ВОЗ. В целом, у 67 человек (13%), в том числе 29% афро-американцев, был диагностирован метаболический синдром по критериям NCEP, и у 65 (13%) — по критериям ВОЗ. Показатель «интима-медия» общей и внутренних сонных артерий был достоверно выше у участников с метаболическим синдромом по обоим критериям, чем у лиц без такового. Общий показатель «интима-медия» повышался при увеличении числа компонентов метаболического синдрома. В свою очередь, наличие метаболического синдрома по обоим критериям предсказывало увеличение показателя «интима-медия» до 75-ой персентили и выше. Наиболее важными предикторами увеличения показателя «интима-медия» были повышенные артериальное давление и уровень холестерина липопротеинов низкой плотности.

Источник:  
J. Am. Coll. Cardiol.  
2005;46:457-63.

— С таким же успехом можно было рядом написать: переходите дорогу только на зеленый свет?

— Совершенно правильно. Но они это пишут о курении для американцев, как медицинский первый посыл. Второй посыл у них, когда к ним приходят японцы, а у них там их много, — «надо меньше соли». Потому что японцы до сегодняшнего дня злоупотребляют солью. А у вас не так? Какой фактор ведущий? Думаю, что прежде всего алкоголь. Так что распространять американские рецепты можно на широкую, но только свою аудиторию, которая очень специфична. Указания в США должны быть очень точными, потому что невероятную силу имеет адвокат. Там принято: что бы не произошло с пациентом, всегда обвинят врача. Особенно достается, как ни странно — акушерам. В акушеры никто не идет, потому что очень многие события связывают с родоразрешением и потом, когда уже после 20 лет делается заключение, что это связано с родовой травмой, то накладывается штраф на акушера, который принимал роды. Все это у них на компьютерах, данные поднять легко. Поэтому все предписания делаются таким образом, чтобы обеспечить защиту врача. Ведь там решают присяжные, которые не имеют медицинского образования, и аргументы медицинские очень непросто довести до слушателей, а аргументы изощренных адвокатов обвинительные, они доступные, они умеют подать, так что возмущение вызывают. Поэтому вот этот фактор определяет их систему стандартов.

— Вы за стандарты в здравоохранении?

— Я за то, чтоб эти стандарты существовали и были некой отправной точкой, а вот дальше на этом фоне каждый врач должен быть действительно врачом, который понимает, что и от чего он применяет. Если действительно врачу дано 5 минут на каждого больного, то требовать от него индивидуальный подход невозможно. Ведь об этом и пишет Павел Андреевич. Исторический пример: Захарьин умер от холеры. О какой индивидуализации тут говорить, он говорил, что нужно лечить больного, а не болезнь. Но погиб то он от болезни, потому что тогда еще не была отработана схема лечения больных с холерой. А бабка моя как раз была на эпидемии холеры и она говорила, что остались в живых только те, на кого хватило капельниц. Потому что капельниц не было, и погибали люди от дегидратации. Поэтому и сейчас в этом случае нужно лечить в первую очередь патогенетически, восстановить баланс электролитов, а потом уже с инфекцией бороться. Сейчас Б.П. Богомолов на этом большой успех имел, после ликвидации холеры в Астрахани, но это знали уже в 20-е годы.

— Как выжить бедному человеку в условиях платной медицины? Ведь год-два пройдет и бесплатного медицинского обслуживания не будет.

— Если это будет так, то это будет безобразие. Неотложная медицина в любом случае должна быть бесплатной. Я вам скажу, что сейчас медицина уже стала платной во всех мелочах. Чуть ли в больнице нужно не каждой няньке платить. Это безобразие. Не потому, что платная медицина, а потому, что разгул.

— С одной стороны разгул, с другой стороны это все узаконено. Назовите хоть одну клинику, где операции делают бесплатно? Нет таких клиник.

— Вы знаете, я с этим меньше соприкасаюсь. Знаю, что есть категория людей, которая за все платит, есть коммерче-

Начало на стр. 4 ↻

рово. Но вот только информация эта никак не востребована в нашей стране и уходит за рубеж. Нельзя винить в этом компанию, но как-то не по себе. На кого же мы работаем? Кому интересны наши проблемы?

И еще одно немаловажно отметить — проблема взаимодействия фармкомпаний и врачей остро стоит во всем мире, это не наша «доморошенная» проблема. И вопросы во всем мире обсуждаются одинаковые — мягкого подкупа врачей, этичности, возможного вреда пациенту от последствий такого взаимодействия. В разных странах вопросы решаются по-разному, но они решаются, а не замалчиваются, тем более — не одергиваются те, кто вопросы такие ставит.

## ЛИЧНОСТЬ

ский прием, они платят за пребывание в больнице и за лечение, уход.

— Но у вас ведь есть контингент, который бесплатно все получает?

— Да, большая часть совершенно бесплатно, и мне-то приходится больше всего с ними иметь дело, я за свои консультации, как правило, денег не беру. Ну когда иногда уж, просто смешно бывает отказываться, обычно это в форме коньяков.

— Ведомственные медицинские учреждения перестают постепенно обслуживать пенсионеров.

— Существуют и обычные районные поликлиники, куда можно обратиться. Этот вопрос должен решаться не привилегиями, а для больного. И у нас ведь объявляется именно так, что каждый выплачивает страховой взнос и за него платят, когда он получает необходимое лечение. Вот Андрей Иванович Воробьев сумел добиться того, чтоб люди, обреченные на смертельный исход, при остром лейкозе, дети в частности, получают очень дорогое лечение бесплатно. Вот и нужно идти не по пути сохранения. Конечно же, проще и приятней работать в больнице, где все достаточно хорошо обеспечено, по сравнению с нищетой других больниц.

— Евгений Евгеньевич, Вы согласны с мнениями многих ведущих представителей здравоохранения,

что нужно продлить пенсионный возраст?

— Я Вам скажу из того, что я только вчера читал: у нас идет постарение человечества, это общая демографическая проблема, у нас, несмотря на то, что так необеспечена старость, несмотря на те очень тяжелые обстоятельства, в которых старики пребывают, число людей старше 60 лет больше, чем в других странах. Москва и Петербург — города, где люди предпочитают доживать. Среди инвалидов 27—29% инвалиды по возрасту. Это ложится очень тяжелым грузом на все остальное население. Это произошло потому, что у нас очень давно упала рождаемость и стало мало детей, сейчас уже стало меньше и юношей и людей среднего возраста. Об этом приходится говорить. И при этом у нас погибает больше половины, не достигая пенсионного возраста. Но почему? Потому что пьют. Только что отмечали 20 лет введению запрета на пьянство. Сделали, конечно, тогда из рук вон неудачно, неправильно, на этом сыграли недобросовестные люди в свое время. Но как-то ограничивать пьянку, бесспорно, нужно. Это же ужас, что творится.

Вот чем ужасен наш социализм — отучил людей работать, приходили на работу, чтоб провести время, тех, кто действительно работал, было очень мало, тех, кто выполнял излишки нормы — их просто били. Потому что на следующий год повысят план. Это нужно было как будто специально, чтоб дискредитировать саму эту идею. Поэтому сейчас мы все еще пожинаем плоды. Люди не хотят хорошо работать. Получить хорошие деньги готовы любым способом, любым мошенничеством, но не работой.

— Большое спасибо, Евгений Евгеньевич. Мы желаем Вам здоровья и новых творческих успехов.

Окончание (начало в № 12, 13)



Е.Е. Гогин с внуком

## Страна должна знать своих героев

### КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ (оценка, выбор медицинских технологий, управление качеством медицинской помощи)

Под редакцией профессора П. А. Воробьева

Издательство «Ньюдиамед»

Новое направление в медицине приобретает все больше сторонников.

Книга уже произвела огромный общественный резонанс.

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

Монография — размышления о качестве медицинской помощи, современности состоянии здравоохранения, рациональных путей развития.

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



**СВЕТСКАЯ ХРОНИКА**

14 октября 2005 года состоялась расширенная коллегия Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Откровенно говоря, это мало походило на коллегию в привычном всем понимании слова. Конечно, были и докладчики и доклады, и мультимедийные слайды, написанные мелким шрифтом с явным расчетом, что их читать не будут. Больше всего коллегия походила на предполетную подготовку. С участием зрителей. Тон был задан Министром М. Зурабовым. Очень хотелось бы, чтобы он и в телевизор говорил бы так, как с трибуны: четко, системно, раскладывая по полочкам. И не стесняясь. Министр применил сравнение: идет «предпродажная подготовка здравоохранения», но предупредил, чтобы не все, что он говорит, корреспонденты записывали и воспроизводили в тупой интерпретации.

Конечно, все услышали в этом тезис о приватизации здравоохранения. Каждому вольно интерпретировать высказывания как заблагорассудится, в меру своего восприятия действительности. Но в контексте речь шла о том, что за последние минимум пятнадцать-двадцать лет здравоохранение как система не развивалось, а топталось на месте, поглаживая себя с причитаниями: «мы самые лучшие». И сегодня, за месяц, год или два ситуацию радикально изменить не удастся. Не надо ждать чудес, предстоит огромная работа, обрисованы планы до 2008—2010 года. Все решения должны носить системный характер и быть экономически обоснованными. Систему надо готовить. Постепенно и неотступно.

Простой пример, рассказанный М. Зурабовым. Сегодня медицина финансируется из двух источников — на треть из различных налогов (страхование, бюджеты всех уровней) и на две трети — из кармана пациента. Куда платят пациенты — в аптеку и в больницу. К больнице подъезжают врачи на машинах, заправка которых стоит месячной врачебной зарплаты — а то никто из нас этого не видел. Или очередь на уколы с кошельками в руках. Второй вопрос — куда пациенты деньги не несут — правильно, к участковому. Как поднимать зарплаты — можно всем понемногу, все будут довольны (не очень, правда, так как прибавка будет мизерной). Или существенно увеличить самым обездоленным. Остальные подтянутся. Цинично? — Практично.

А если еще принять уточнение, что участковые врачи будут получать деньги «напрямую» через фонды медицинского страхования, что будет персонализация выплат, произведен учет всех врачей первичного звена. И что будут предприняты титанические усилия по переучиванию врачей во врачей общей практики. Слышу, слышу, их там на западе по 7—12 лет учат после института на врачей первички, а мы тут за месяц-другой хотим. Хотим, потому что предыдущие 15 лет только болтали про ВОПа, единичные они в поле зрения нашей медицины. И гнила, опускалась первичка. И когда А.Л.Сыркин замечает, что в необразованности участковых врачей виноваты учителя — то это из старых мифов: «не бывает плохих учеников, бывают плохие учителя». И очень близко — управлять должна каждая кухарка. Государством, естественно, но уж здравоохранением — все знают как. А зачем сегодня учиться врачу на участке, когда зарабатывать он будет, распространяя БАДы или продавая больничные. Или, бывает, получая от больных половину суммы за выписанное льготное «бесплатное» лекарство.

**Коллегия: разрубить узел проблем?**



П.А. Воробьев

**Попробуйте!**

И еще. Повсеместно поликлиники будут оснащаться. Будет заменен парк рентгенологического оборудования, дадут эндоскопическую технику, лабораторное оборудование, ультразвук. Для первичной помощи этого достаточно. Денег предполагается вложить в это с избытком. Конечно, негоже, что перечень оборудования (точнее — методик) никак не обсуждался, но в принципе он понятен и не вызывает большого вопроса. Это не перечень лекарств, где много альтернатив и многообразие предпочтений.

А что консультанты-специалисты в поликлинике? А нужно ли столько специалистов — задаем мы все время вопрос? Свежий пример: обсуждаем стан-

дарт по диабетической нефропатии, эксперт настаивает на консультациях кардиолога, уролога. Уролог из-за того, что при диабете часты инфекции мочевых путей и, соответственно, — изменения в моче. На уровне подсознания — необходимость в консультантах. Но ведь это просто перестраховка, распределение ответственности. Или нежелание брать ответственность на себя. Так это специалисты, а что говорить об участковом, почему, зачем и какую ответственность он должен брать на себя? И не будет, пока не будет у него к этому экономической и моральной мотивации. Заметим, что дополнительное лекарственное обеспечение уже взвалило на участкового врача выписку лекарств — назначить может специалист-консультант, выписать — врач первичного звена.

И уже выстраивается система первичного звена, хотя бы в части ресурсов.

Лечение и диагностика — в соответствие со стандартами. Об этом сказано неоднократно. Мало было почти 150 стандартов амбулаторной помощи, заканчивается разработка полутора сотен стандартов «высоких технологий». В первую очередь — это стандарты по лечению переломов тазобедренного сустава, других современных хирургических способов лечения артрозов, эндокринологической патологии, туберкулеза, коронарной хирургии при инфаркте и стенокардии и т.д. Сотни специалистов работают над стандартами в непрерывном режиме, забросив клиническую практику. Быстрее, больше. И с доказательствами клинической и экономической целесообразности. Не просто дается «доказательная медицина» в практическом применении. Но деваться некуда, если не ограничивать аппетиты, то в стандарты включают все, что традиционно делают в клиниках, и что далеко от признанного рациональным в мировой практике.

Пошла речь и о возможности обеспечения «бесплатности» родов — женщина будет иметь именной сертификат, за которым будут следовать деньги. Вообще о принципе «деньги за больным» говорилось не раз — от сметного принципа содержания «кошек» и «посещений» уходить будут постепенно, но неотвратимо. Это одна из самых больших бед нашего здравоохранения — «содержание». Содержанок — не уважают...

Еще новация — как «загнать» людей на диспансеризацию. Чай, страна другая — никого не заставишь, права человека, понимаешь. А если каждому, кто пройдет диспансеризацию, давать «талон», дающий 50% скидку на лекарства. Многие придут, пусть не все. В Америке, если вы не ходите к стоматологу на «чистку» зубов, то страховка не оплачивает стоматологическую помощь. Тоже ведь экономическая стимуляция профилактических мероприятий.

Это уже системное решение в области процессов оказания первичной медицинской помощи.

Продолжение на стр. 8

**Сопредседатели секции:**

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

**Программа заседания:**

1. Круглый стол
2. Обсуждения
3. Доклад спонсоров

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

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

**Сопредседатели секции:**

- Нонинов В.Е., д.м.н., профессор, заместитель главного терапевта ГУЗ УДП
- Богомолов Б.П., профессор, член-корр. РАМН, заместитель главного инфекциониста ГУЗ УДП

**Программа заседания:**

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

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

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

**Сопредседатели секции:**

- А.И. Курченко, член-корр. РАМН, профессор
- М.П. Савенков, д.м.н., профессор
- В.А. Парфенов, профессор, невролог.

**Программа заседания:**

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

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

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

**СБОРНИК ПРАВОВЫХ И НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ ПО ПРОИЗВОДИТЕЛЬНОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ ТРАНСФУЗИОЛОГИИ**

Под редакцией профессора П.А. Воробьева

Издательство «Ньюдиамед»

Для клинических и производственных трансфузиологов.

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



**Приглашение****«Прививка от болезни сердца»**15 декабря 2005 года  
Начало в 17.00  
Вход по приглашениям**Приглашение****«Гепатит: есть чем лечить, а можно ли вылечить?»**13 декабря 2005 года  
Начало в 17.00  
Вход по приглашениям**Приглашение****«Аневризма – когда оперируем»**14 декабря 2005 года  
Начало в 17.00  
Вход по приглашениям**Чем больше мы узнаем о головокружении...****тем большее значение приобретает****Бетасерк®**

● Быстрое купирование острых приступов вестибулярного головокружения и болезни Меньера

● Надежная профилактика рецидивов вертиго

● Улучшение функции слуха, лечение шума и звона в ушах

● Отсутствие седативного эффекта и отличная переносимость в пожилом возрасте

**SOLVAY PHARMA**119991, Москва, ул. Вавилова, 24, 5 этаж  
Тел.: (095) 411-6911 Факс: (095) 411-69-10  
E-mail: info@solvay-pharma.ru  
http://www.solvay-pharma.ru  
http://www.vertigo.ru

Начало на стр. 7 ↗

Не хватает результатов. Тогда все три основные позиции триады Донабедиана по обеспечению качества будут реализованы. Как оценить результативность, какие индикаторы установить. Об этом тоже шла речь, например, среди прочих, оценивать эффективность работы первичного звена по числу вызовов «Скорой помощи» — их должно быть тем меньше, чем лучше работают врачи, предупреждая кризисы и обострения. Несколько лет назад одна дама из Курска показывала убедительные данные по применению такого индикатора качества. Будут и другие, их надо еще обсудить, предусмотреть возможность учета мнения пациента о качестве помощи. Без этого — никуда: потребитель должен обязательно оценивать качество, в конечном счете, система обеспечения качества работает на потребителя — в нашем случае, — на пациента.

Подготовлена серия проектов законов по переводу здравоохранения на современные экономические отношения. Хотим мы того или не хотим — речь идет о рынке медицинских услуг. И о конкуренции. Разговариваем с М.И.Перельманом, главным фтизиатром страны, о возможности проведения аккредитации противотуберкулезных учреждений — а он в ответ: «А зачем им это надо. Конкуренции в этой сфере нет, социальная востребованность — огромная». Обеспечение качества не в интересах монополиста. В его интересах — поддержание монополии.

Конечно, в этих условиях сопротивление принятию законов очевидно будет на всех этапах — от политиков до простых врачей. Конечно, нужна «политическая воля», но и готовность системы внедрять то, что законами этими будет предписано. Можно не поверить, но сегодня большая часть

(процентов 30 навскидку) государственных и муниципальных учреждений здравоохранения работают вне закона: у них нет юридической регистрации, или не оформлены права собственности и аренды на помещения. Вскрылось это при централизации лицензирования, раньше они все лицензию получали, сейчас требуется юридическая чистота, и лицензию им не дают. Даже если это одна медицинская организация в районе.

Поддавал в топку и зам.министра В.И.Стародубов. Почти дословно: я пятнадцать лет в высшем эшелоне управления здравоохранением, такого шанса реформировать систему не было ни разу, если сейчас сорвется — то возможно еще лет 20—30 система будет рушиться, агонировать, разлагаться. Вероятный вариант развития событий тогда — полная коммерциализация здравоохранения, дикий рынок услуг, что, собственно, уже сегодня наблюдается. Это не благо, это — тупик. Здравоохранение — социальная отрасль, оно требует государственного регулирования. А не только унылого воя: «Дай, денег дай». Здравоохранение способно зарабатывать на себя, и совсем не обирая несчастных граждан, а рационально используя ресурсы.

Напомню, что подобные соображения были опубликованы в Вестнике МГНОТ, в котором рассказывалось о работе Формулярного комитета: ситуация в здравоохранении сложилась вполне революционная. И, очевидно, нарастание сопротивления новым веяниям, как это наблюдается при анализе реализации программы дополнительного лекарственного обеспечения. Друзья! Нужно засучивать рукава. Шанс высокий, что все получится. Чем больше сторонников, тем быстрее и эффективнее все пойдет. Подумайте, отложите свои мелочные заботы и обиды. Потрудитесь!

Главный редактор П.А. Воробьев

Вестник МГНОТ (бесплатное приложение для врачей к журналу «Клиническая геронтология»)

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

РЕДАКЦИЯ: Главный редактор П.А. Воробьев

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

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

Газета распространяется среди членов Московского городского научного общества терапевтов бесплатно

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

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

Отдел рекламы (095) 8-906-721-37-65

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