



ВЕСТНИК МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО

МОСКОВСКИЙ ДОКТОР

Март 2006
№ 5 (22)

НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ

Система сертификации развивается в Германии уже 15 лет. Для большинства людей немцы — это некий эквивалент порядка и методичности в выполнении поставленных задач, поэтому интересно, как именно развивается эта система там. Именно сертификация в последние 10 лет стала главным отличительным условием, когда речь заходит о качестве оказания медицинских услуг. Повышение качества оказания медицинских услуг и сертификация — это 2 термина, которые постоянно используются в клинической эпидемиологии, и именно сертификация рассматривается как один из существенных механизмов рационализации расходов на медицинскую помощь, а это ключевой вопрос сейчас в здравоохранении Германии. Местная система здравоохранения занята несколькими направлениями обеспечения качества:

- Внедрение качественного менеджмента в ЛПУ
 - Введение системы управления качеством
 - Внедрение системы управления качеством в практику
 - Подтверждение, контроль и валидация систем управления качеством
- Внутренний контроль
- Внешний (сертификация)
- Подтверждение статуса «Лучший»
- Повышение квалификации врачей и ее подтверждение
- Введение системы управления качеством и сертификации в аптеках
- Преобразование усовершенствования провизоров
- Компетентная поддержка врачей и клиник при оказании медицинской помощи
- Информационные аналитические системы по отдельным направлениям (QuaSi-Niere — национальный регистр по диализу, течению заболевания и трансплантации почки)
- Стандартизованные рекомендации по лечению заболеваний (проект Федеральной врачебной палаты — национальные руководства по ведению больных)

Первое направление традиционно называется внедрением качественного менеджмента в лечебно-профилактических учреждениях, к которым относятся больницы, и у врачей частной практики, их называют «практики». Усилия направлены на то, чтобы ввести в нормативную базу управление качеством. Это задача реализована. Чтобы ввести систему управления качеством в практику и чтобы ввести систему подтверждения контроля и валидации систем управления качеством.

Подчеркнем — не качественной медицинской помощи по индикаторам, а подтверждения качества в фиксированных направлениях. Здесь концентрируются на 2-х направлениях: это внутренний контроль, внутреннее построение системы управления качеством, и внешний контроль, который как качественный контроль не рассматривают, — это сертификация. Следующий уровень — это подтверждение качества — превосходной степени качества медицинской помощи. Второе направление — это повышение квалификации врачей и подтверждение их соответствия нормам и требованиям. Вводится система управления качеством и сертификацией в аптеках и аптечных службах.

ПРЯМАЯ РЕЧЬ

Еще одно направление повышения качества, возникшее сейчас — это компетентная поддержка врачей и клиник для оказания медицинской помощи. Выделяются гранты на консультационную поддержку различных процедур, была сделана одна система, когда в режиме on-line, по компьютерной сети, врачи могут консультироваться, посылая истории болезней, и в том числе — результаты проведенных исследований. Эксперты

Чем они отличаются от наших протоколов ведения больных? Отличаются они следующим: они делают по одной модели, но от начала и до конца: от диагностики через лечение, вплоть до реабилитации. Состоят из 3 частей:

...это вызвало сопротивление врачебной обществу, которая стала говорить, что нам стандарты не нужны, у нас в Западной Германии великолепные стандарты...

собственно для врачей, для среднего медицинского персонала, для пациентов. Специальные группы, которые готовят информацию для пациентов, для того, чтобы облегчить врачам работу по информированию.

Несколько слов о системе качественного менеджмента и сертификации медицинских услуг. В 1989 году внесены изменения в кодекс в Германии, который является эквивалентом нашего Гражданского кодекса. В связи с объединением двух частей Германии, там впервые прозвучало, что в первую очередь нужно вводить стандарты ИСО в практику медицинских учреждений и что необходимо вводить качественный менеджмент медицинских услуг. В 1990 году на добровольных основах началась эта работа. Тогда было сертифицировано оказание этих услуг по качественному менеджменту при врачебных палатах, однако система не пошла.

Почему именно в 90-х годах был сделан акцент на качественный менеджмент? Потому что впервые за многие годы немецкое здравоохранение испытало большие трудности с финансированием после того, как слились 2 системы, потребовались очень большие вложения в восточно-германское здравоохранение. Сразу начали заниматься

В 2000 году из 2500 врачей — это в государственном секторе! — только 8 сумели подтвердить свое качество. Это была катастрофа для самосознания немецких врачей!

потребовались очень большие вложения в восточно-германское здравоохранение. Сразу начали заниматься

рационализацией, рациональным подходом к расходам. Хотя это вызвало сопротивление врачебной обществу, которая стала говорить, что нам стандарты не нужны, у нас в Западной Германии великолепные стандарты, высочайшие стандарты медицинской помощи и вся эта механистическая система, рассчитанная для индустрии, для промышленности, не подходит для медицинских учреждений, может, в ГДР оно и нужно, а вот у нас в ФРГ и так все замечательно. Тогда было официальное заявление разных обществ против стандартов.

В середине 90-х для пропаганды системы были созданы кружки по качественному менеджменту. В 1994 году по инициативе уже объединенного министерства здравоохранения было проведено большое исследование по стандартам качества в клиниках по всей Германии. В 2000 году из 2500 врачей — это в государственном секторе! — только 8 сумели подтвердить свое качество. Это была катастрофа для самосознания немецких врачей!

И тогда действительно люди повернулись, — и частная практика, и государственное здравоохранение — к стандартизации. Неправда то, что говорят, что нет стандартов нигде, что их нет на Западе. Они есть, и еще какие жесткие, просто они написаны в других документах, например, в тарифных справочниках...

КНУТ И ПРЯНИК: управление качеством в здравоохранении Германии

Е.А. Вольская



Доклад на пленарном заседании конференции «Управление качеством в здравоохранении. Лицензирование, стандартизация, клинко-экономический анализ», Москва 5—7 декабря 2005.

в течение суток дают оценку проведенной диагностике. Это касается пока только диагностики колоректального рака, участвуют 148 специализированных центров, 124000 документов уже исследовано. Реальные результаты достигнуты в 805 случаях, когда благодаря этому удалось выявить неблагоприятный диагноз и вовремя остановить болезнь.

Следующий — это

информационно-аналитическое направление. Одна из законченных систем — Национальный регистр лечения заболеваний трансплантацией почки. В системе есть данные о том, в каких регионах сколько больных, какая понадобится помощь, позволяет рассчитать бюджет на таких больных.

И, наконец, еще одно направление, которое мне хотелось бы упомянуть — это стандартизованные рекомендации по лечению заболеваний, это проект Федеральной врачебной палаты о создании руководств по ведению больных. Дело в том, что проблеме, которую и сегодня поднимают здесь в России, в частности фармацевтических компаний, направленных на медицинских работников, активно изучают в Германии. Достаточное число клинических рекомендаций, которые создаются общественными медицинскими организациями, рабочими группами, на самом деле может носить явную рекламную направленность.

Поэтому федеральная врачебная палата выделила грант очень крупный, почти что миллион евро, на то, чтобы создать рабочие группы, которые на основании медицины доказательств создадут национальные руководства по ведению больных. В настоящее время создано 4 руководства. Дальше речь будет идти о протоколах ведения больных бронхиальной астмой, ХОБЛ, по ИБС и по диабету второго типа.

Именно сертификация в последние 10 лет стала главным отличительным условием, когда речь заходит о качестве оказания медицинских услуг.

Достаточное число клинических рекомендаций, которые создаются общественными медицинскими организациями, рабочими группами, на самом деле может носить явную рекламную направленность.

ИнтерНьюс

Вышли в свет стандарты стационарной медицинской помощи по 8 нозологиям

Высокотехнологическая помощь больным с гонартрозом, фиброзно-кавернозным туберкулезом легких, с уточненными поражениями суставов, не классифицированными в других рубриках (нестабильный тазобедренный сустав), цирротическим туберкулезом легких, туберкулезом легкого, туберкулезной эмпиемой плевры, казеозной пневмонией, кавернозным туберкулезом легких будет теперь осуществляться по стандартам. Все утверждаемые стандарты публикуются на страницах журнала.

Источник:

Проблемы стандартизации в здравоохранении, 2005, № 11

Появилась возможность томографии мозга с применением беспроводных технологий

Доктор Э. МакЭван из Университетского колледжа Лондона разработал портативный прибор для томографии головного мозга, передающий изображение по беспроводной связи Bluetooth. Благодаря новому прибору врачи скорой помощи и отдаленных территорий смогут спасти тысячи людей, страдающих припадками, нарушениями мозгового кровообращения, пораженных инсультом, поставив точный диагноз еще до госпитализации в больницу. Это поможет проводить раннюю тромболитическую терапию при инсульте.

В сканере применяется методика электроимпедансной томографии, позволяющая визуализировать пространственное распределение электрической проводимости внутри мозга по результатам неинвазивных электрических измерений. Для реконструкции изображения используются значения электрического потенциала, измеренные на поверхности головы при пропускании через нее тока. Изображение передается через Bluetooth в компьютер, установленный в машине скорой помощи, и анализируется. В будущем, надеется доктор, информация будет передаваться прямо в больницу через Интернет.

Источник: handy.ru

Согласно проведенным исследованиям, у британцев, являющихся носителями вируса ВИЧ, обнаружена повышенная устойчивость к лекарствам

В рамках исследования медики наблюдали 2357 ВИЧ-инфицированных, в период с 1996 по 2003 годы. У 335 пациентов была отмечена устойчивость по меньшей мере к одному из медикаментов, при помощи которых их лечили.

У 257 из них обнаружили устойчивость к лекарствам только одного класса, у 44 — медикаментам двух классов, у 37 — трех. Таким образом, у 14% пациентов была отмечена устойчивость к лекарствам в течение всего периода, при этом в 2002—2003 годах их количество увеличилось до 19%.

Во Франции устойчивость к лекарствам против ВИЧ отмечена у 6% инфицированных, в США — у 7%, в целом в Европе — у 10%.

По мнению ученых, вскоре можно ожидать волну заболеваний, вызванных штаммом вируса с повышенной устойчивостью к лекарствам. Так как терапия ВИЧ-инфекции в целом не очень эффективна, то уменьшение количества медикаментов, способных эффективно бороться с вирусом, представляет собой серьезную клиническую проблему и опасность для общественного здоровья.

Источник:
MIGnews.com

Б.А. Вольская. Начало на стр. 1

ментах, например, в тарифных справочниках, потому что там врачам говорят, что вот это мы оплатим, а вот это нет. Развитие этой концепции, которая так и называется «управление качеством», было направлено на то, чтобы достичь качества. А как качеством управлять? В 2003 году вышел Закон ФРГ «О модернизации ОМС», который вступает в силу уже с 1 декабря 2004 года. Очень короткий переходный период. Цели этого закона:

- Улучшение качества и экономической целесообразности медицинской помощи,
- Обеспечение прозрачности системы здравоохранения
- Повышение ответственности пациентов и обеспечение их прав
- Развитие честной конкуренции
- Снижение административных барьеров

Согласно закону создана Объединенная комиссия по качеству и экономичности ЛС, обязательная система управления качеством (система менеджмента качества) и сертификация ЛПУ, обязательное подтверждение усовершенствования и повышения квалификации врачей, их сертификация, каждые 2 года (с 2005) больничные кассы должны публиковать доклады по качеству медицинских услуг (это — уже новые требования от организаций пациентов).

Сертификация понимается как методика подтверждения достигнутого уровня компетентности и способности выполнять необходимые требования качества при выполнении медицинских услуг. Делаются попытки адаптации международных норм ISO 9001 и ISO 9002 к системе здравоохранения: «Система качественного менеджмента

для организаций системы здравоохранения» — документ Швейцарского национального общества качества в здравоохранении (NAQ) (рабочая группа экспертов) в тесном сотрудничестве со Швейцарским аккредитационным центром (SAS).

Сертификация учитывает совокупность вопросов и пунктов по 6 категориям:

- Работа с пациентами
- Работа с персоналом
- Безопасность
- Информация
- Административное руководство
- Управление качеством.

По этим категориям разработано 70 критериев, в каждом блоке по несколько вопросов. Федеральный союз кассовых врачей учредил знак «Немецкий знак здоровья» — выдается тем, кто получит сертификат «качества и развития в частной врачебной практике».

Сертификация врачей предполагает, что врач обязан систематически и непрерывно повышать свой профессиональный уровень. Подтверждением является сертификат врачебной палаты или другого соответствующего объединения. Сертификат получают при наборе 250 баллов, полученных при участии в различных мероприятиях. Раз в 5 лет врач должен представлять этот сертификат в Союз кассовых врачей. Если врач не набрал нужного числа баллов, гонорар на год снижается на 10%, в следующий квартал — на 25%. Если в течение 2 лет врач не набрал необходимых баллов, то его могут лишиться разрешения на практику.

Таким образом, сертификация — это «дубинка» — условие допуска на рынок здравоохранения, но это и «пряник» — важное конкурентное преимущество — доказанное и регулярно подтверждаемое качество!

ПРОТОКОЛЫ МГНОТ

ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ СЕКЦИИ МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ от 19.05.2005 г.

Сопредседатели секции: член-корр. РАН, акад. РАМН, проф. Ю.Н. Беленков; член-корр. РАМН проф. В.А. Сандриков; проф. М.Г. Глезер

Постоянный оппонент проф. П.А. Воробьев

Секретарь: к. м. н. Л.А. Положенкова

Повестка дня: «Вторая жизнь сердца»

В.А. Сандриков открыв заседание, отметил, что тема представляет большой интерес для врачей всех специальностей, прежде всего для кардиологов и терапевтов, т. к. именно им приходится длительно наблюдать и проводить профилактические мероприятия больным, перенесшим аортокоронарное шунтирование, трансплантацию сердца или другие хирургические вмешательства.

1. Коротев А.В. (кардиохирург, д. м. н., руководитель отделения хирургии сердца РНЦХ РАМН).

«Вопросы ремоделирования миокарда».

Докладчик напомнил слушателям, что год назад в этой же аудитории был сделан доклад о новом хирургическом методе лечения (ремоделирование левого желудочка) при дилатации полостей сердца, обусловленной прогрессированием хронической сердечной недостаточности. Операция заключается в имплантации экстракардиального сетчатого каркаса, который при необходимости дополняется коррекцией митральной недостаточности. Такая операция не только позволяет затормозить нарастание дилатации левого желудочка, но даже обеспечить регрессирование процесса. В настоящее время прооперировано 15 больных.



В.А. Сандриков

Больной М, 35 лет с диагнозом дилатационная кардиомиопатия, сердечная недостаточность II В стадии. Болен в течение 3 лет, неоднократно находился на стационарном лечении в РК НПК МЗСР РФ, где получал терапию, включавшую ингибиторы АПФ, большие дозы диуретиков и глюкокортикоиды. Несмотря на максимальную терапию и ограничение нагрузок, заболевание быстро прогрессировало, что сопровождалось увеличением размеров полости левого желудочка (КДР до 7,7 см, КДО до 300 мл), возникновением митральной регургитации III степени, снижением насосной функции левого желудочка (ФИ 22%). В марте 2004 г. в РНЦХ РАМН была выполнена операция имплантации сетчатого каркаса и протезирования митрального клапана. Через год после операции КДР уменьшился до 6,0 см, КДО — до 220 мл, ФИ возросла до 25% при отсутствии митральной недостаточности. Функциональное состояние соответствует II классу NYHA. Продолжает получать медикаментозную терапию в редуцированном (по сравнению с дооперационным уровнем) объеме. Вернулся к труду, по профессии — офицер.

Больной 41 года, дилатационная кардиомиопатия, сердечная недостаточность II В стадии. Болен в течение 3-х лет. Заболевание постепенно прогрессирует, несмотря на адекватную терапию. При обследовании: КДР — 6,5 см; КДО — 220 мл; ФИ 23%. В мае 2004 года в РНЦХ РАМН была выполнена операция имплантации экстракардиального сетчатого каркаса. Через 3 месяца после операции размеры, объемы и показатели насосной функции левого желудочка вернулись практически к норме: КДР — 5,1 см, КДО — 178 мл, ФИ 43%. Больной работает по специальности.

Приведенные клинические наблюдения позволяют предположить, что имплантация экстракардиального сетча-

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

Под редакцией профессора П.А. Воробьева

Издательство «Ньюдиамед»

Новое направление в медицине приобретает все больше сторонников.

Книга уже произвела огромный общественный резонанс.

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

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

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



Начало на стр. 2 ↗

того каркаса и коррекция митральной недостаточности позволяют затормозить и в некоторых случаях обратить вспять прогрессирование заболевания. В настоящее время данная гипотеза проходит проверку в рамках клинического исследования ТОЛК (Терапия и Оперативное Лечение Кардиомиопатии), проводимого в РНЦХ РАМН и РК НПК МЗСР РФ.

2. Самко А.Н. (руковод. отдела эндоваскулярных методов лечения РК НПК МЗ РФ). «Коронарное шунтирование и ангиопластика коронарных сосудов».

В докладе представлен один из методов хирургического лечения — чрескожное коронарное вмешательство, применяемый у больных с нестабильной стенокардией, острым коронарным синдромом и острым инфарктом миокарда. Отмечено преимущество чрескожного вмешательства по



сравнению с аортокоронарным шунтированием и сформированы показания к их применению. При окклюзии коронарных артерий в 73% случаев их можно открыть с помощью чрескожного коронарного вмешательства. Применение стентов с лекарственным покрытием значительно снижает частоту возможного развития рецидива стеноза. При остром коронарном синдроме более эффективно, если оно проводится до 48 часов от начала его развития, а при остром инфаркте миокарда до 12 часов. Введение тромболитиков в таких случаях и их эффективное действие не заменяют эффект чрескожного коронарного вмешательства. В заключение докладчик заметил, что врачи, занимающиеся эндоваскулярными методами лечения, не заменяют кардиохирургов, однако часть больных у них забирают. Например, поставив 5–6 стентов больному, они освобождают его от аортокоронарного шунтирования.

Вопросы к докладчику:

Проводят ли чрескожное коронарное вмешательство при атеросклеротической бляшке в сосуде?

Ответ: Да, производится срезание бляшки.

Зависит ли частота рестенозов от количества стентов?

Ответ: Процент увеличивается от того, как поставлен стент, и не зависит от их количества. Кроме того, имеет значение, как прогрессирует атеросклероз.

Сколько стоит один стент?

Ответ: 1500–2000 долларов.

Ремарка Ю.Н. Беленкова: Эндоваскулярная хирургия перспективна. Стоимость стентов разная и порой зависит от их покрытия. Например, в Германии покрывают стенты «под больного» (цитостатики и т. д.). В США больным с мерцательной аритмией в левый желудочек ставится фильтр с тромболитиками.

3. Лупанов В.П. (Институт кардиологии им. А.Л. Мясникова РК НПК МЗ РФ). «Прогноз и оценка состояния пациентов, перенесших вмешательства на коронарных артериях».

При выборе метода лечения больного с ИБС следует учитывать несколько моментов, которые будут определять прогноз в дальнейшем (настрой самого больного на операцию, экономический аспект и др.). Нужна операция или нет, у таких больных должен решать кардиохирург вместе с лечащим врачом. После любого оперативного вмешательства на коронарных артериях больной должен соблюдать пожизненно мероприятия, направленные на предупреждение возможного развития обострения или осложнений ИБС. Особое внимание обратил на необходимость проведения комплексной медикаментозной терапии у больных после хирургических вмешательств (статины, антиагреганты, бета-блокаторы, иАПФ и др.). Подчеркнута эффективность клопидогрела и его преимущество по сравнению с аспирином, применяемым с целью вторичной профилактики ишемических осложнений.

Вопросы к докладчику:

Клопидогрел — дорогостоящий препарат, как быть?

Ответ: Да, однако его эффективность превосходит те затраты, которые сопряжены с его применением.

Какой уровень холестерина должен быть у больного после аортокоронарного шунтирования или ангиопластики?

Ответ: 5 ммоль/л и не больше.

Реплика Ю.Н. Беленкова: Не согласен. Уровень холестерина должен быть 4,2–4,5 ммоль/л; липопротеиды низкой плотности: 2,6–1,8 ммоль/л.

Когда назначать статины после аортокоронарного шунтирования?

Ответ: Сразу же.

Можно назначать аспирин вместе с клопидогрелем?

Ответ: Да, можно, механизм их действия разный.

Больным, которым назначают аспирин, делать гастроскопию всем и обязательно?

Ответ: Всем нет, но если есть соответствующий анамнез, какая-то клиника, то да.

Реплика М.Г. Глезер: Больным с ИБС, которым предстоит аортокоронарное шунтирование, чрескожная реваскуляризация коронарных артерий или другие вмешательства, как можно раньше рекомендуется назначать статины.

В заключение Ю.Н. Беленков вновь подчеркнул, что в основе высокой смертности от сердечно-сосудистых заболеваний лежит элементарное несоблюдение стандартов лечения. Больным с ИБС следует проводить комплексную терапию (антиагреганты, бета-блокаторы, иАПФ, статины). Если у больного артериальная гипертензия, то и гипотензивные средства, а если сахарный диабет — компенсация диабета обязательна. Нитропрепараты, широко используемые врачами, при ИБС — это не патогенетическое лечение, а симптоматическое. Как можно раньше назначать и оперативное лечение. Так, мужчинам старше 40 лет при ИБС уже показана реваскуляризация коронарных артерий и стентирование, но не аортокоронарное шунтирование. Еще раз обратил внимание врачей на экономическую сторону лечения. Деньги в кармане больных не считать, но обязательно сказать им, какие есть эффективные методы лечения. Тактику лечения больного с ИБС должны определить вместе кардиолог, кардиохирург и теперь — эндоваскулярные специалисты.

**ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ СЕКЦИИ
«ЧЕЛОВЕК И ИНФЕКЦИЯ»
МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО
НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ
07.06.2005 г.**

Сопредседатель секции: проф. В.Е. Ноников, член-корр. РАМН, проф. Б.П. Богомолов

Постоянный оппонент проф. П.А. Воробьев

Секретарь: И.В. Тюрина

«Что такое лихорадка неясного генеза: диагноз или его отсутствие?»

1. Д. м. н. Девяткин А.В. (ФГУ ЦКБ УД Президента РФ)

«Лихорадка как важнейший симптом инфекционных и неинфекционных болезней»

Лихорадка является важнейшим симптомом многих заболеваний, особенно часто она наблюдается при инфекционных болезнях, являясь защитной реакцией организма, сформировавшейся в процессе эволюции. Повышение температуры тела активизирует обменные процессы, функции нервной, эндокринной, иммунной систем (увеличивается



Президиум весь во внимании

выработка антител, интерферона, стимулируется фагоцитарная активность нейтрофилов), повышается антитоксическая функция печени, увеличивается почечный кровоток. Большинство патогенных вирусов утрачивают свои вирулентные свойства при температуре 39 °С.

Механизм возникновения лихорадки при инфекционных и неинфекционных заболеваниях практически одинаков, что объясняет сходную симптоматику болезней, сопровождающихся лихорадкой, и приводит к большим трудностям дифференциальной диагностики.

Подразделение на «инфекционные» и «неинфекционные» лихорадочные заболевания важно в организационном

ИнтерНьюс

Анемия у больных с хронической сердечной недостаточностью: распространенность и клиническое значение

Доктором Д. Преображенским (ММА им. И.М. Сеченова) исследована частота анемии у 370 больных с хронической сердечной недостаточностью в зависимости от различных критериев анемии. Если считать анемией концентрацию гемоглобина меньше 120 г/л, то анемия в целом наблюдается у 28% больных, и до 53% больных в возрасте старше 90 лет. Анемия обнаружена у 18% мужчин и 32% женщин. Если у мужчин считать анемией концентрацию гемоглобина меньше 130 г/л, то анемия была у 32% мужчин. Не обнаружено взаимосвязи между функциональным классом сердечной недостаточности и частотой анемии или средним уровнем гемоглобина, как и между анемией и систолической функцией левого желудочка сердца.

Источник:

Клиническая геронтология, 2005, № 10

В обновленных британских рекомендациях критерии профилактики заболеваний сердца и инсульта расширены, чтобы увеличить число пациентов, нуждающихся в скрининге и профилактическом вмешательстве

Рекомендации одобрены Британским кардиологическим обществом, Британским обществом по изучению гипертонии, Британским диабетологическим обществом, HEART UK, Обществом кардиологии в первичном звене здравоохранения, Ассоциацией по изучению инсульта. Впервые фокус сместился от проблемы только коронарной патологии к проблеме сердечно-сосудистых заболеваний в целом. Чтобы обеспечить адекватное лечение всех лиц с атеросклерозом, критерии начала лекарственной терапии были изменены с 10-летнего риска сердечно-сосудистых заболеваний 30% и выше на риск 20% и выше. Это означает, что всем пациентам старше 40 лет рекомендуется сердечно-сосудистый скрининг, как и более молодым лицам с сердечно-сосудистыми заболеваниями в семейном анамнезе. Кроме того, в группу скрининга впервые включаются все пациенты с сахарным диабетом. Всем больным, отвечающим критериям, будет рекомендоваться сочетание изменения образа жизни и воздействие на факторы риска, наряду с лекарственной антигипертензивной, гиполипидемической и, при сахарном диабете, сахароснижающей терапией. Новые целевые уровни факторов риска включают артериальное давление не выше 130/80 мм рт. ст., общий холестерин ниже 4 ммоль/л, холестерин липопротеинов низкой плотности ниже 2 ммоль/л.

Источник:

Heart 2005; 91 (Suppl V): v1-v52

Если ребенок плохо учится в школе, может быть, он храпит?

Немецкие ученые обнаружили прямую взаимосвязь между храпящими по ночам детьми и их плохой успеваемостью в школе. Профессор К. Поетс и его коллеги в ходе исследований наблюдали за 1100 детьми в возрасте от 12 до 13 лет. Из них 114 детей храпели по ночам. Исследования показали, что 28% школьников, которые храпят лишь время от времени, получают средние и плохие оценки по математике и английским орфографическим тестам. Среди учеников, которые храпят каждую ночь 48% учатся посредственно и плохо. Те ученики, которые никогда не храпят, учатся в школе относительно хорошо: из них только 16% получают плохие отметки.

Храп может провоцировать до 50 различных болезней, но многие из них излечимы. Успеваемость детей, излеченных от храпа, значительно улучшится в течение двух классов.

Источник:

News.Battery.ru

Продолжение на стр. 4 ↗

ИнтерНьюс

Москвичи предпочитают не думать о своих болезнях

Такие данные озвучила директор программ фонда «Качество жизни» Л. Дергачева. В исследовании, которое было проведено во 2-м полугодии 2004 г, участвовало 800 москвичей в возрасте от 25 до 55 лет. Только 8% москвичей обращаются к врачу с целью профилактики заболеваний, следовательно, 82% предпочитают не думать о своих болезнях, до 70% респондентов предпочитают переносить болезни на ногах, 74% — лечатся по факту заболевания, 47% — занимаются самолечением. При этом население хорошо информировано о факторах, влияющих на сокращение продолжительности жизни, знает о наиболее распространенных заболеваниях, необходимости вести здоровый образ жизни.

«Угрозу понимают все, а лечатся и относятся бережно к своему здоровью единицы», — сказал Л. Дергачева. По ее мнению, реальной опасностью является и то, что население России «имеет полную свободу выбора при покупке медикаментов, в том числе рецептурных»: 47% опрошенных обращаются в аптеку, минуя врача. По данным И. Чукаевой, в России пациенты чаще обращаются в аптеки за средствами, помогающими бороться с проблемами желудочно-кишечного тракта, а также с импотенцией. «Такое впечатление, что у нас в стране страдают только метеоризмом и импотенцией, хотя по сердечно-сосудистым заболеваниям Россия — на первом месте в мире», — сказала И. Чукаева.

Источник: *rian.ru*

Эректильная дисфункция может быть достоверно связана с будущим риском клинически выраженных сердечно-сосудистых событий

Чтобы оценить прогностическую значимость эректильной дисфункции, д-р Ян Томпсон и его коллеги (Медицинский Исследовательский Центр Техасского Университета, Сан-Антонио) проанализировали данные участников исследования Prostate Cancer Prevention Trial, получавших плацебо. Изучалось, может ли финастерид предотвращать рак простаты в течение семилетнего периода. В целом, в группу плацебо вошли 9457 мужчин 55 лет и старше. Каждые три месяца у них оценивалась выраженность эректильной дисфункции и уточнялись симптомы сердечно-сосудистой патологии. Среди 8063 участников (85%), исходно не страдавших сердечно-сосудистыми заболеваниями, почти у половины (47%) имелась эректильная дисфункция. Среди 4247 мужчин, исходно не страдавших эректильной дисфункцией, более чем у половины (57%) она развилась в ходе наблюдения. В целом было зарегистрировано 486 сердечно-сосудистых событий — 113 у мужчин без эректильной дисфункции, 255 — у лиц с эректильной дисфункцией, развившейся до сердечно-сосудистого события, и 118 — у тех, кто перенес сердечно-сосудистое событие до развития эректильной дисфункции. Ее развитие ассоциировалось со стандартизованным отношением рисков 1,25, для частоты и распространенности эректильной дисфункции отношение рисков достигало 1,45. По данным мультивариационного анализа, эректильная дисфункция имела не меньшее влияние на сердечно-сосудистый прогноз, чем отягощенный по инфаркту миокарда семейный анамнез, курение или гиперлипидемия.

Таким образом, эректильная дисфункция должна насторожить врача в отношении других, традиционных факторов сердечно-сосудистого риска и, при необходимости, раннего начала кардиопротективных вмешательств.

Источник: *JAMA 2005; 294: 2996-3002.*

Начало на стр. 2

аспекте, так как обследование и лечение таких больных проводится в различных клиниках. При инфекционных заболеваниях часто необходимо проведение противоэпидемических мероприятий.

Дифференциально-диагностическое значение приобретает начало, выраженность, тип температурной кривой, сроки появления органных поражений при лихорадке. При современных методах лечения (антибактериальные и антипиретические средства) врачу редко приходится видеть типичные формы температурных кривых, описанных в прошлом. Острота температурной реакции зависит как от тяжести болезни, ее формы, так и от реактивности организма, что обуславливается конституциональными, возрастными особенностями больного, его иммунным статусом, функциональным состоянием центральной нервной и эндокринной системы. Легкие формы заболеваний обычно сопровождаются незначительным подъемом температуры, тяжелые — выраженной лихорадочной реакцией. Особенно тяжелые формы некоторых инфекционных болезней протекают без лихорадки и даже с гипотермией, что является неблагоприятным признаком.

В терапевтической клинике используют термин «Лихорадка неясного генеза» (fever of unknown origin). Диагностическими критериями являются: наличие у больного температуры 38 °C и выше, длительность лихорадки 3 недели и более или периодические подъемы температуры в течение этого срока, неясность диагноза после проведения обследования с помощью общепринятых (рутинных) методов.

При неясных лихорадках чаще всего выявляются инфекционно-воспалительные процессы — до 50% случаев; опухолевые заболевания примерно в 20%, системные поражения соединительной ткани (васкулиты) — более 10%, прочие заболевания (болезнь Крона, неспецифический язвенный колит, тиреоидит, саркоидоз, сосудистые тромбозы, периодическая болезнь, лекарственная лихорадка и т. д.) — 10% и нерасшифрованные лихорадки — приблизительно 10%, когда приходится прибегать к терапии *ex juvantibus*.

Диагностика инфекционного заболевания при лихорадке неясного генеза проводится на основании клинической картины заболевания с учетом эпидемиологического анамнеза. Необходимо использование комплекса лабораторных тестов, направленных на поиск возбудителя. Чем больше длительность лихорадки, тем меньше вероятность того, что она имеет инфекционную природу. При длительности лихорадки более 6 месяцев инфекционное заболевание выявляется не более чем у 6% больных. При субфебрильной лихорадке более 3 недель доля установленных инфекционных заболеваний не превышает 10—15%. В общей структуре инфекционных больных доля больных с неясными лихорадками составляет от 4 до 5%.

В последние годы уменьшается количество госпитализированных больных неясными лихорадками и более редка диагностика у них инфекционной этиологии заболевания. Это связано с отсутствием в инфекционных больницах средств для проведения самых необходимых лабораторных и инструментальных исследований, внедрением платного обследования в различных коммерческих структурах и большинстве государственных больниц.

Большое значение имеет расшифровка природы хронического субфебрилитета, который встречается достаточно часто. Под ним понимают «беспричинное» повышение температуры тела от 37 до 38 °C, длящееся более 1 мес., а нередко годы, и часто являющееся единственной жалобой больного.

Клинические симптомы и результаты обследований, имеющие диагностическое значение у лихорадящего больного: кожные проявления, лимфоаденопатия, респираторные симптомы, патология ЛОР-органов, кишечные симптомы, увеличение печени и селезенки; суставной синдром, кардиальные симптомы, урогенитальные симптомы, неврологические симптомы, гематологические синдромы, мочевого синдром, рентгеноторакальные синдромы. Динамизм развития инфекционной болезни заставляет придавать значение повторному осмотру в течение суток, так как в первые часы болезни некоторые внешние признаки еще отсутствуют, в частности, экзантемы и энантемы.

В клинической практике существует правило, согласно которому у взрослых снижение температуры показано при ее превышении уровня 38,5 °C или при плохой ее переносимости больным. Многие практические врачи назначают, а пациенты самостоятельно принимают антибиотики при всяком повышении температуры тела. Положительный результат такого лечения при вероятной бактериальной инфекции достаточно случаен. Негативные последствия неаргументированной антибиотикотерапии очень серьезные: изменение клинической картины; потеря времени для дополнительных исследований из-за ожидаемого эффекта от антибиотиков, риск развития побочных эффектов при назначении антибиотиков, в том числе и лихорадки; развитие лекарственной устойчивости микроорганизмов; необоснованные экономические затраты на антимикробную терапию при вирусных инфекциях и «неинфекционных лихорадках», затраты

на лечение развившихся побочных эффектов, удлинение сроков нетрудоспособности; деонтологические аспекты. Еще С.П. Боткин отмечал, что искусственное подавление лихорадки (холодными ваннами, жаропонижающими средствами) в большинстве случаев не устраняет развития патологических изменений в организме, а некоторые их даже усиливают.

2. Проф. Семенкова Е.Н. «Лихорадка неясного генеза» (Клиника им. Е.М. Тареева ММА им. И.М. Сеченова)

Этиология лихорадочного синдрома во всех случаях требует максимального уточнения. Диагноз «лихорадка неясного генеза» не должен являться окончательным. В 12—19% причина лихорадки, несмотря на всестороннее обследование, остается неясной. Следует помнить, что внелегочные формы туберкулеза, хронические вирусные гепатиты могут проявляться неспецифическими синдромами, в том числе и лихорадкой. Особое внимание было уделено патогенезу паранеопластических реакций и их «изолированным и системным» проявлениям.

Заключение. Б.П. Богомоллов поблагодарил докладчиков за интересные доклады. Отметил, что в МКБ-Х отсутствует такой диагноз, как лихорадка неясного генеза. При наличии у больного такого состояния важно проводить пыливый, всесторонний диагностический поиск и, прежде всего, внимательно осматривать больного.



Проф. Е.Н. Семенкова



КЛИНИЧЕСКАЯ ГЕРОНТОЛОГИЯ

Научно-практический медицинский журнал
(входит в список ВАК)

Для практических врачей различных специальностей и социальных работников, которым постоянно приходится решать многие клинические и социальные проблемы больных пожилого и старческого возраста.

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.

СТАНДАРТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Газета Вестник МГНОТ с № 1 2006 года приступила к публикации стандартов медицинской помощи, утвержденных Минздравсоцразвития РФ, которые рекомендовано использовать при оказании медицинской помощи.

Эти стандарты мало доступны врачам.

В разработке стандартов медицинской и санаторно-курортной помощи принимали участие ведущие специалисты федеральных медицинских учреждений системы Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Российской академии медицинских наук при участии и координации отдела стандартизации в здравоохранении НИИ Общественного здоровья и здравоохранения ММА им. И.М. Сеченова, Департамента развития медицинской помощи и курортного дела и Департамента медико-социальных проблем семьи, материнства и детства Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

В стандартах использованы коды Номенклатуры работ и услуг в здравоохранении, МКБ-10.

Частота предоставления услуги или частота назначения лекарственного средства в стандарте отражает вероятность выполнения медицинской работы (услуги) или применения лекарственного средства на 100 человек и может принимать

значение от 0 до 1, где 1 означает, что всем пациентам необходимо оказать данную услугу. Цифры менее 1 означают, что настоящая услуга оказывается не всем пациентам, а при наличии соответствующих показаний и возможности оказания подобной услуги в конкретном учреждении. Среднее количество отражает кратность оказания услуги каждому пациенту.

Ориентировочная дневная доза (ОДД) определяет примерную суточную дозу лекарственного средства, а эквивалентная курсовая доза (ЭКД) лекарственного средства равна количеству дней назначения лекарственного средства умноженному на ориентировочную дневную дозу.

Разработчики: Хальфин Р.А., Шарапова О.В., Какорина Е.П., Мадьянова В.В., Ходунова А.А., Лукьянцева Д.В., Воробьев П.А., Авксентьева М.В. и др.

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

СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ОСТРЫМ БРОНХИТОМ

1. Модель пациента

Категория возрастная: взрослые, дети
Нозологическая форма: острый бронхит
Код по МКБ-10: J20
Фаза: нет
Стадия: нет
Осложнение: без осложнений
Условие оказания: амбулаторно-поликлиническая помощь

Приложение
 к приказу Министерства
 здравоохранения и
 социального развития
 Российской Федерации
 от 23 ноября 2004 г. № 259

1.1. ДИАГНОСТИКА

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.09.001	Сбор анамнеза и жалоб при болезнях легких	1	1
A01.09.002	Визуальное исследование при болезнях легких	1	1
A01.09.003	Пальпация при болезнях легких	1	1
A01.09.004	Перкуссия при болезнях легких	1	1
A01.09.005	Аускультация при болезнях легких	1	1
A08.05.004	Исследование уровня лейкоцитов в крови	1	1
A08.05.006	Соотношение лейкоцитов в крови (подсчет формулы крови)	1	1
A12.05.001	Исследование оседания эритроцитов	1	1
A11.05.001	Взятие крови из пальца	1	1
A06.09.008	Рентгенография легких	0,3	1
A12.09.001	Исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков	0,2	1

1.2. ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА 1 КУРСА ЛЕЧЕНИЯ — 7 ДНЕЙ

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.09.001	Сбор анамнеза и жалоб при болезнях легких	1	1
A01.09.002	Визуальное исследование при болезнях легких	1	1
A01.09.003	Пальпация при болезнях легких	1	1
A01.09.004	Перкуссия при болезнях легких	1	1
A01.09.005	Аускультация при болезнях легких	1	1
A08.05.004	Исследование уровня лейкоцитов в крови	0,1	1
A08.05.006	Соотношение лейкоцитов в крови (подсчет формулы крови)	0,1	1
A12.05.001	Исследование оседания эритроцитов	0,1	1
A06.09.008	Рентгенография легких	0,01	1
A11.05.001	Взятие крови из пальца	0,1	1

Фармакотерапевтическая группа	АТХ* группа	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД**	ЭКД***
Средства, влияющие на органы дыхания			0,8		
	Прочие средства для лечения заболеваний органов дыхания, не обозначенные в других рубриках		1		
		Ацетилцистеин	0,7	200 мг	1000 мг
Средства для профилактики и лечения инфекций			0,8		
	Антибактериальные средства		0,8		
		Мидекамицин	0,5	1,2 г	6 г

* — анатомо-терапевтическо-химическая классификация.
 ** — ориентировочная дневная доза.
 *** — эквивалентная дневная доза.

ИнтерНьюс

Возраст, гипертония и гликемия позволяют предсказывать риск внутримозгового кровоизлияния после микроинсульта

Анализируя данные 8 выполненных ранее исследований по инсульту, авторы выявили 170 случаев внутримозгового кровоизлияния среди 12648 пациентов после транзиторной ишемической атаки или микроинсульта. Гипертония оказалась самым сильным независимым предиктором внутримозгового кровоизлияния у лиц с транзиторной ишемической атакой или микроинсультом в анамнезе. Больные с систолическим АД не ниже 140 мм рт. ст. имели риск внутримозгового кровоизлияния в 2,17 раза выше по сравнению с нормотензивными пациентами. Возраст старше 60 лет ассоциировался с увеличением риска в 2,07 раза, прием антигипертензивных препаратов — с увеличением риска в 1,53 раза. По совокупности этих предикторов все больные были разделены на квартили риска. За 5-летний период частота внутримозгового кровоизлияния составила 0,4% и 0,6% в 1-й и 2-й квартилях, 1,3% в 3-й квартили и 2,0% в 4-й квартили. Хотя у больных из 5-й квартили риск внутримозгового кровоизлияния был в 5,17 раз выше, чем в первой, абсолютный его риск все же оставался достаточно небольшим. Тем не менее, больные с максимальным риском внутримозгового кровоизлияния не являются подходящими кандидатами для более агрессивной антитромботической терапии, предупреждает д-р М. Арьесен и его коллеги (Университетский Медицинский Центр, Утрехт, Нидерланды). При повышении глюкозы крови до 7 ммоль/л и выше отношение рисков было снижено до 0,33 по сравнению с нормальными значениями гликемии. Эта ассоциация оставалась статистически достоверной даже после исключения лиц с сахарным диабетом. Вероятные механизмы такого неожиданного феномена неясны и заслуживают дальнейшего изучения.

Источник:
J. Neurol. Neurosurg Psychiatry
 2006; 77: 92-4

Доктор Мишель Арц (Университет Торонто, Онтарио, Канада) оценивал частоту эпизодов апноэ и гипопноэ во сне

Прослежено 1475 человек — исходно и через 4, 8 и 12 лет. Лица с частотой апноэ и гипопноэ 20 и выше рассматривались как имеющие умеренные и выраженные расстройства дыхания во время сна. За весь период наблюдения было зарегистрировано 22 первичных инсульта.

После поправки на вмешивающиеся факторы оказалось, что при частоте апноэ и гипопноэ выше 20 достоверно повышался риск инсульта: отношение шансов 3,83 по сравнению с участниками, имевшими частоту апноэ и гипопноэ ниже 5.

Дополнительно был проведен анализ данных 1189 участников, не имевших инсульта в анамнезе. За время наблюдения у 14 человек из этой подгруппы развился первичный инсульт. После поправки на возраст и пол риск инсульта был в 4,48 раз выше при частоте апноэ и гипопноэ более 20 по сравнению с частотой не выше 5. После поправки на индекс массы тела отношение шансов осталось повышенным (3,08), но утратило статистическую достоверность. Терапия расстройства дыхания во время сна может стать одним из методов первичной и вторичной профилактики инсульта.

Источник:
Am. J. Resp. Crit. Care Med. 2005

ИнтерНьюс

Куба готова безвозмездно провести 150 тыс. офтальмологических операций малообеспеченным гражданам США

Кубинский лидер Фидель Кастро выступил с заявлением по национальному телевидению Кубы: «Мы готовы осуществить бесплатные глазные операции тем американцам, которые не располагают средствами для лечения». Для доставки американских пациентов на Кубу Кастро предложил отправить во Флориду специальный самолет. По словам кубинского лидера, эта инициатива касается всех граждан США независимо от их вероисповедания, политических убеждений или социальной принадлежности. «Согласится ли Белый Дом на предложения Гаваны или предпочтет, чтобы эти люди оставались слепыми?» — вопрошал команданте. В течение последних лет Куба бесплатно предоставляла медицинское обслуживание гражданам стран Латинской Америки, страдающим глазными заболеваниями. Помощью кубинских медиков уже воспользовались 176000 человек из 22 стран региона.

Источник:
АМИТАСС

В Москве в отеле Марриотт Тверская 14.02 проходила международная конференция «Фармацевтический бизнес в России: реформы и рынок»

Главными темами объявлены тенденции на отечественном фармрынке, практика развития бизнеса, государственных программ развития медицины и фармакологии, безопасность и качество фармообращения.

Открыв конференцию, исполнительный директор АИРМ С. Бобошко подчеркнул, что с развитием российского фармрынка, упорядочением в этой области нормативно-правовой базы и гармонизацией ее с международным правом, при достаточно близкой возможности вступления РФ в ВТО у международного бизнеса все больше появляется возможностей и для инвестиций. Сенсационными были сообщение зам. директора департамента фарм. деятельности, обеспечения благополучия человека, науки, образования Министерства здравоохранения и соцразвития РФ Д. Рейхарта о возможности коррекции правил выписки препаратов по программе обеспечения льготными ЛС: министерство прорабатывает постановление, которое запретит выписку препаратов по торговым наименованиям без дополнительного решения специальной комиссии, будет также создан механизм, стимулирующий выписку отечественных дженериков. Кроме того, Перечень ЛС, вошедших в Программу госгарантий, может быть сокращен. Будет создана единая система федеральных и региональных льготников (при отчислении соответствующих долей бюджета региональные льготники получают возможность покупать ЛС с 50% скидкой), реестр врачей, система добровольного ЛС-страхования, при которой работодатель сможет, уменьшая собственные налоги в федеральный бюджет, предоставить возможность сотрудникам купить ЛС за половинную стоимость. Возможно, государство добьется включения в программу льготного обеспечения лекарствами беременных женщин и детей до 3-летнего возраста.

В целом аналитики прогнозируют дальнейший уверенный рост отечественного фармрынка. В 2006 году, по прогнозу, объем фармрынка России может достигнуть 9,1 млрд долларов США.

Собственная информация

СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ

1. Модель пациента

Категория возрастная: взрослые, дети

Нозологическая форма: Железодефицитная анемия

Код по МКБ-10: D50.0

Фаза: все фазы заболевания

Стадия: все стадии заболевания

Осложнение: вне зависимости от осложнений

Условие оказания: амбулаторно-поликлиническая помощь

Приложение
к приказу Министерства
здравоохранения и
социального развития
Российской Федерации
от 28 февраля 2005 г. № 169

1.1. ДИАГНОСТИКА

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.05.001	Сбор анамнеза и жалоб при болезнях органов кроветворения и крови	1	1
A01.05.002	Визуальное исследование при болезнях органов кроветворения и крови	1	1
A08.05.003	Исследование уровня эритроцитов крови	1	1
A08.05.004	Исследование уровня лейкоцитов в крови	1	1
A08.05.005	Исследование уровня тромбоцитов в крови	1	1
A08.05.006	Соотношение лейкоцитов в крови (формула крови)	1	1
A08.05.007	Просмотр мазка крови для анализа аномалий морфологии эритроцитов, тромбоцитов и лейкоцитов	1	1
A08.05.008	Исследование уровня ретикулоцитов крови	1	1
A08.05.009	Определение цветового показателя	1	1
A09.05.003	Исследование уровня общего гемоглобина	1	1
A09.05.007	Исследование уровня железа сыворотки	1	1
A11.05.001	Взятие крови из пальца	1	1
A11.05.002	Взятие крови из кубитальной вены	1	1
A08.05.010	Определение среднего содержания гемоглобина в эритроцитах	1	1
A09.05.002	Оценка гематокрита	0,01	1
A09.05.008	Исследование уровня трансферрина сыворотки	0,01	1
A09.05.077	Исследование уровня ферритина	0,01	1
A12.05.011	Железосвязывающая способность сыворотки	0,01	1
A07.05.001	Исследование с радиоактивным хромом	0,001	1
A08.05.001	Цитологическое исследование мазка костного мозга	0,001	1
A08.05.002	Гистологическое исследование препаратов костного мозга	0,001	1
A11.05.003	Получение цитологического препарата костного мозга	0,001	1
A11.05.004	Получение гистологического препарата костного мозга	0,001	1
A12.05.002	Исследование осмотической резистентности эритроцитов	0,001	1
A12.05.003	Исследование кислотной резистентности эритроцитов	0,001	1
A12.05.020	Десфераловый тест	0,001	1
A12.05.031	Определение сидеробластов и сидероцитов	0,001	1

1.2. ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА 21 ДЕНЬ

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.05.001	Сбор анамнеза и жалоб при болезнях органов кроветворения и крови	1	2
A01.05.002	Визуальное исследование при болезнях органов кроветворения и крови	1	2
A08.05.003	Исследование уровня эритроцитов крови	1	2
A08.05.008	Исследование уровня ретикулоцитов крови	1	1
A08.05.009	Определение цветового показателя	1	2
A09.05.003	Исследование уровня общего гемоглобина	1	2
A08.05.010	Определение среднего содержания гемоглобина в эритроцитах	1	1
A11.05.001	Взятие крови из пальца	1	1
A09.05.007	Исследование уровня железа сыворотки	0,1	1
A11.05.002	Взятие крови из кубитальной вены	0,1	1
A09.05.002	Оценка гематокрита	0,01	1
A09.05.008	Исследование уровня трансферрина сыворотки	0,0001	1
A09.05.077	Исследование уровня ферритина	0,0001	1
A12.05.011	Железосвязывающая способность сыворотки	0,0001	1

Фармакотерапевтическая группа	АТХ* группа	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД**	ЭКД***
Средства, влияющие на кровь				1	
Противоанемические средства			1		
		Железа сульфат + аскорбиновая кислота	0,9	650 мг	13650 мг
		Железа (III) гидроксид сахарозный комплекс	0,1	200 мг	6000 мг

* — анатомо-терапевтическо-химическая классификация.

** — ориентировочная дневная доза.

*** — эквивалентная курсовая доза.

Как получить нашу газету? БЕСПЛАТНО!

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

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

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

Купон высылайте в конверте по адресу:

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

Антиреклама

Более 5 лет в Интернете функционирует «Дискуссионный клуб Русмедсервера» (<http://forums.rusmedserv.com>), сплотивший сотни врачей разных стран и специальностей, руководствующихся в клинической, научной и педагогической деятельности принципами «медицины, основанной на доказательствах».

На протяжении ряда лет средства массовой информации («Огонек» № 40 (3—9 октября 2005 г.), № 14 (10 апреля 2004 г.), Газета «Россия» № 60 (906) от 03 февраля 2005 г., «ВРЕМЯ МН» № 139 (286) 4 августа 1999 г., «МК-Здоровье» от 01 июля 2002 г., «Труд» № 057 за 2 апреля 2005 г., газета «Версия» № 28 2002 г., «Новая Газета» № 85 14 ноября 2005 г., и др.) публикуют статьи и интервью Бориса Жерлыгина с четко обозначенным обещанием избавить больных сахарным диабетом от приема сахароснижающих препаратов и инсулина интенсивными физическими нагрузками.

Это обязывает нас выступить в защиту прав, здоровья и жизни больных сахарным диабетом. Миф о вреде инсулинотерапии при сахарном диабете не имеет под собой никаких достоверных оснований и подогрывается исключительно воинствующим невежеством его поборников.

Сахарный диабет — хроническое заболевание, пока не излечимое радикально, но можно удовлетворительно компенсировать его методами современной медицины.

Сахарным диабетом 1-го типа заболевают в детском и юношеском возрасте, болезнь нельзя лечить без применения инсулина. При повышенных физических нагрузках потребность в инсулине снижается (это давно известный факт), но отмена инсулина недопустима. Без инсулина больной диабетом 1-го типа погибнет. Зато правильное введение его позволяет пациенту прожить десятки лет полноценной жизни, которых без инсулина он был бы лишен.

Сахарный диабет 2-го типа развивается, как правило, у взрослых. Пациентам назначается диета, режим физических нагрузок, таблетки, нормализующие уровень сахара крови. Длительное течение сахарного диабета 2-го типа обычно приводит к постепенному истощению выработки инсулина, и многим пациентам с этим заболеванием, для достижения хорошей компенсации, приходится назначать инсулин.

С середины прошлого века больным, пережившим пятьдесят лет после установления диагноза «сахарный диабет», вручается медаль Джослиновского центра «За победу над диабетом». Раньше на этой медали была изображена русская тройка, символизирующая три главных элемента лечения — Диета, Физические упражнения и Инсулин. Позже добавились Обучение и Самоконтроль. В идее этой замечательной медали отражена древняя, но нестаряющаяся мысль, что только сотрудничество врача и пациента позволяет больному избежать тяжелых осложнений.

А между тем господин Жерлыгин утверждает: «*Дайте мне сто диабетиков, сидящих на инсулине, и половину из них я сниму с иглы в течение месяца, а еще тридцать процентов — за полтора года*». Более того, Жерлыгин требует «не покупать и не давать больным бесплатный инсулин — идеальный наркотик!» Безапелляционные и крайне опасные заявления. Заметьте, это говорит человек, не имеющий высшего медицинского образования.

В основе «метода Жерлыгина» лежат интенсивные физические нагрузки; господин Жерлыгин почему-то уверен, что лечебный эффект физкультуры при диабете — его личное открытие. Это не так. Физические упражнения — одна из неотъемлемых составляющих лечения сахарного диабета, вместе с диетой, лекарственными препаратами, обучением и самоконтролем. Но принципы Жерлыгина, предполагающие использование одних только физических нагрузок для лечения диабета, не имеют никакого достоверно доказанного научного обоснования, являются плодом его собственных умозаключений, служат средством саморекламы и влекут риск тяжелой декомпенсации диабета.

Жерлыгинское сравнение инсулина с наркотиком — абсурдно и безграмотно: инсулин не вызывает ни зависимости, ни привыкания. «Один раз не сделал укол — смерть» — абсолютное вранье. Отмена инсулина при диабете 2-го типа лишь приведет к той же степени декомпенсации, которая была до начала инсулинотерапии. Это не приведет к быстрой смерти больного (как происходит в случае отмены инсулина при 1-ом типе диабета), но неизбежно повлечет развитие осложнений диабета.

Есть и другие, весьма наглядные, свидетельства лживости Жерлыгина: «...обычно я пробегаю три километра за 3 мин 30 сек. А после работы с этой женщиной так был измотан, что пробежал «трешку» за 4 мин 30 сек.» Мировой рекорд в беге на 3000 м равен 7 мин 20,67 сек.; установил 01.09.1996 Даниель Комен (Кения, Риеди). Комментарии излишни.

Не будучи ни врачом, ни ученым, г-н Жерлыгин берет на себя смелость делать беспочвенные заявления о возможности полного излечения сахарного диабета при помощи его метода. Такие заявления, сделанные через СМИ, могут стать причиной смерти тысяч больных, которые поверят и воспользуются шарлатанской методикой.

Обращаем внимание печатных и электронных средств массовой информации на недопустимость пропаганды методов, несущих в себе угрозу для жизни людей. Мы призываем издателей и авторов средств массовой информации взвешенно и ответственно относиться к публикациям сведений о нетрадиционных средствах лечения. Помня о силе печатного слова, необходимо понимать, что каждая необдуманная публикация может привести к ухудшению здоровья, а в некоторых случаях — и к смерти сотен, а иногда и тысяч больных людей.

Мы настоятельно рекомендуем органам законодательной, исполнительной власти и местного самоуправления не допускать внедрения методов г-на Жерлыгина.

В.В. Алмазов, Спас-Клепики, Рязанская область, А.А. Берзой Одесса, М.А. Вайсман, Москва, О.Я. Василенко, Надым, О.Ю. Демичева, Москва, И.Н. Ефимов, Киров, В.В. Зинченко, г. Токмак, Запорожская область, Украина, Р.В. Зайцев, Тольятти, Т.И. Малина, врач-гомеопат, Н.М. Манарова, Москва, Г.А. Мельниченко, Москва, Р.Я. Нильк, СПб, В.Ю. Ноговицын, Москва, А.В. Родионов, Москва, В.В. Самойленко, СПб, А.А. Самошкин, М.В. Синкин, Е. Студенцов, Нью Йорк, Я. Студенцова, Нью Йорк, И.Г. Трасковецкая, г. Радужный Тюменской области.

Источник: forums.rusmedserv.com

Диабет и шарлатаны. Метод Жерлыгина (с сокращениями, наши голоса протеста присоединяем)

ИнтерНьюс

По меньшей мере, у 10% лиц, принимающих малые дозы аспирина с целью профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, разовьется пептическая язва

Д-р Невиль Йоманс (Университет Западного Сиднея, Австралия) решил определить частоту развития язв на фоне приема низких доз аспирина в ходе исследования JUPITER (Judging Ulcer Prevalence in Aspirin Therapy: Endoscopic Rates). В целом 187 пациентов из Австралии, Великобритании, Канады и Испании принимали 75—325 мг/сут аспирина ежедневно в течение не менее 4 недель. По данным эндоскопии, 20 участников (10,7%) исходно имели ранее не диагностированные пептические язвы. У 8 из оставшихся 113 человек (7,1%) язвы развились в течение 3 месяцев от включения в исследование. Только у пятой части больных с исходными язвами имелись какие-либо жалобы с локализацией в мезоэпигастрии и только половина больных с язвами, развившимися в первые 3 месяца, отмечали соответствующие жалобы. При возрасте старше 70 лет и хеликобактерной инфекции язвы развивались в три раза чаще.

Таким образом, всегда следует помнить, что «аспириновые» язвы нередко являются «немыми» и активно искать признаки возможных осложнений, например, кровотечения.

Источник:

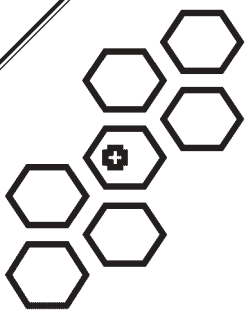
Aliment. Pharmacol. Ther.
2005; 22: 795-801

Популярная добавка L-аргинин не улучшает показатели фракции выброса у пациентов после острого инфаркта миокарда, но может увеличивать риск смерти

Как известно, L-аргинин является субстратом NO-синтазы и поэтому широко рекомендуется больным с артериальной гипертензией, стенокардией, сердечной недостаточностью, сексуальной дисфункцией. Решив проверить результаты предшествующих исследований, в которых L-аргинин уменьшал сосудистую жесткость, д-р С.Шульман и его коллеги (Клиника Джона Хопкина, Мэриленд) выполнили двойное слепое плацебоконтролируемое испытание VINTAGE (Vascular Interaction with Age in MI). Участники с впервые развившимся инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (n = 153) рандомизированно получали либо L-аргинин (целевая доза 3 г 3 раза в день), либо плацебо, в течение 6 мес, вместе с обычной лекарственной терапией инфаркта миокарда. У 77 участников возраст был не моложе 60 лет. Оказалось, что на протяжении всего курса терапии фракция выброса левого желудочка практически не менялась в обеих группах. В то же время 6 пациентов (8,65) в группе L-аргинина умерли, по сравнению с отсутствием летальных исходов в группе плацебо. Вероятная связь между приемом L-аргинина и повышением риска смерти у пожилых пациентов, перенесших инфаркт миокарда, заставила досрочно прекратить исследование. Полученные результаты заставляют задуматься об оправданности широкого применения L-аргинина лицами с уже имеющейся и недиагностированной сердечно-сосудистой патологией.

Источник:

JAMA 2005; 295: 58-64



Проблемы стандартизации в здравоохранении

УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ

ЕДИНСТВЕННЫЙ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
(входит в список ВАК)

по стандартизации, лицензированию, аккредитации
в управлении качеством в здравоохранении

ДЛЯ ОРГАНИЗАТОРОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ПРАКТИЧЕСКИХ ВРАЧЕЙ!

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

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

ИнтерНьюс

Мобильники реабилитировали

Новые исследования показали, что связи между использованием мобильного телефона и заболеваемостью раком нет — по крайней мере, на протяжении первых десяти лет наблюдений. Институт по исследованию проблем рака (ICR) опубликовал доклад о возможности вредного влияния мобильных телефонов на здоровье пользователей. В нем утверждается, что использование мобильных телефонов не увеличивает риск заболевания раком. Исследование британских ученых стало самым масштабным из всех, проведенных с целью выявления связи заболеваемостью невриномой (злокачественной опухолью) слухового нерва и продолжительностью использования мобильных телефонов. В группу испытуемых попали сотни людей из Дании, Финляндии, Швеции и Великобритании, где мобильная связь получила широкое распространение уже сравнительно давно. Все испытуемые пользовались мобильной связью не более 10 лет. Исследователи установили, что вероятность возникновения невриномы слухового нерва никоим образом не связана со средним временем разговора по мобильному телефону, средним числом звонков и числом лет активного пользования мобильной связью. Однако эти выводы касаются только 10-летнего периода использования мобильных телефонов, а для распространения на более длительные сроки нужны новые исследования, которые в настоящее время провести пока невозможно из-за не использования мобильных телефонов. Напомним, что в прошлом году шведские ученые из института Karolinska в Стокгольме опубликовали результаты исследования, где была обнаружена удвоенная частота заболевания невриномой слухового нерва у людей, использующих мобильную связь более 10 лет.

Источник: *slnews.ru*
08.2005

Уровни триглицеридов и их отношение к уровню холестерина липопротеинов высокой плотности являются мощными независимыми предикторами раннего развития коронарной патологии

В настоящее исследование вошли 495 больных с коронарной патологией, направленных на операцию шунтирования в Школу Медицины Университета Сан-Паулу (Бразилия). Все участники были разделены на кварталы по уровню липидов сыворотки, а также на группы по возрасту развития коронарной патологии (до 50 лет; от 50 до 59 лет; от 60 до 69 лет; 70 лет и старше). У большинства участников коронарной патологии была впервые диагностирована в возрасте 50—69 лет. У тех, кто заболел коронарной патологией до 50 лет, были максимальными значения общего холестерина, ЛПНП, триглицеридов, не-ЛПНП и соотношения «триглицериды к ЛПВП». Уровни ЛПВП, напротив, были в этой группе минимальными. При сравнении липидного профиля лиц с развитием коронарной патологии до 50 лет и не ранее 70 лет оказалось, что различия достигают 15% для общего холестерина, 19% для ЛПНП, 17% для ЛПВП, 46% для триглицеридов, 22% для не-ЛПНП и 75% для отношения триглицериды/ЛПВП. Хотя все показатели липидного профиля были связаны с возрастом диагностики коронарной патологии, самой сильной эта ассоциация была для триглицеридов и отношения триглицеридов/ЛПВП. Можно предположить, что положительный эффект высоких уровней ЛПВП сильнее, чем отрицательное действие низких уровней ЛПВП. Это говорит в пользу повышения целевых значений ЛПВП до 45 мг/дл и выше.

Источник:
Am. J. Cardiol. 2005;
96: 1640-3

Программа заседаний МГНОТ на март-апрель 2006 г.

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

Дата, автор	Тема, аннотация
22 марта 2006 года, среда в 17.00	Заседание Правления и Ревизионной комиссии
22 марта 2006 года, среда в 17.30 Д.м.н. проф. В.Е. НОНИКОВ (Центральная клиническая больница УД Президента РФ)	Диагностика и лечение пневмоний у лиц пожилого и старческого возраста. Пневмонии в пожилом и старческом возрасте широко распространены, их диагностика нередко сложна, детальность остается высокой. Анализ большого количества клинических наблюдений позволил рассмотреть особенности клинического течения, дифференциальную диагностику и причины диагностических ошибок. Приводятся данные об этиологических агентах на основании бактериологических исследований и серотипирования. Представлены современные программы лечения пневмоний: тактика применения антибиотиков, терапия пневмоний тяжелого течения, особенности применения различных лекарственных средств.
12 апреля 2006 года, среда в 17.00	Заседание Правления и Ревизионной комиссии
12 апреля 2006 года, среда в 17.30 Академик А.И. ВОРОБЬЕВ (ГУ ГНЦ РАМН)	Гиперкоагуляционный синдром в клинике внутренних болезней. Гиперкоагуляционный синдром представляет собой своеобразную патологию свертывания, при которой имеет место снижение противосвертывающих факторов, свертывающих факторов (истощение фибринолиза, снижение дезагрегации тромбоцитов при повышенной агрегации), но нет тромбозов. Гиперкоагуляционный синдром является частой и своеобразной предфазой диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови. В докладе приводятся клинические наблюдения, примеры и механизм перехода гиперкоагуляционного синдрома в гиперкоагуляционную, затем — в гипокоагуляционную фазу ДВС. Обсуждаются пути предупреждения и терапии ДВС-синдрома и гиперкоагуляционного синдрома.
26 апреля 2006 года, среда в 17.00	Заседание Правления и Ревизионной комиссии
26 апреля 2006 года, среда в 17.30 Член-корреспондент РАМН В.Б. СИМОНЕНКО, проф. Л.Б. БЕЛЯЕВ, д. м. н. П.А.ДУЛИН, д. м. н. Д.Н. ПАНФИЛОВ, к. м. н. М.А. МАКАНИН, О.С. СТЕПАНЯНЦ, А.Б. ПАНФЕРОВ (ГИУВ МО РФ, ЦВКГ им. П.В. Мандрыка)	1. Клиническая демонстрация: больной с синдромом Марфана: клиника, диагностика, лечение. 15 мин. 2. Соединительно-тканые дисплазии: от пролапса митрального клапана до синдрома Марфана. 40 мин. Дисплазия соединительной ткани (наследственная коллагенопатия) — группа генетически гетерогенных и клинически полиморфных патологических состояний, объединенных нарушением формирования соединительной ткани в эмбриональном и постнатальном периодах. К дифференцированным дисплазиям относятся синдромы Марфана, Элерса-Данлоса. Вариантами недифференцированных наследственных коллагенопатий являются первичный пролапс митрального клапана и иные малые аномалии сердца, трахеобронхиальная дискинезия, висцероптоз, гипермобильность суставов, врожденные деформации грудной клетки, «слабость» связочного аппарата стопы и позвоночника и ряд других распространенных изменений.
Секционные заседания	
Секция лечебного питания: В клинике лечебного питания Института питания РАМН, Каширское шоссе, 21	
14 марта 2006 года, вторник в 16.00 К.В. ГОНОР	Применение масла амаранты при сердечно-сосудистой патологии.
11 апреля 2006 года, вторник в 16.00 М.Н. ДМИТРИЕВСКАЯ	Изучение пищевого статуса и воздействие на него факторов питания.
Секция электрокардиографии и других инструментальных методов исследования сердечно-сосудистой системы: В аудитории 1 кафедры терапии РМАПО, ГКБ им. С.П. Боткина, 20 корпус, 1 этаж, проезд до ст. метро "Беговая", "Динамо"	
21 марта 2006 года, вторник в 17.00 Доцент М.Н. ПАЛКИН, С.Н. ИВАНОВ, А.Н. САВИНKOVA.	Проблемы диагностики и лечения больных с синдромом Вольф-Паркинсон-Уайта.
18 апреля 2006 года, вторник в 17.00 Доцент М.Н. ПАЛКИН, С.Н. ИВАНОВ, А.Н. САВИНKOVA.	Дискуссионные вопросы классификации и диагностики синдрома слабости синусового узла.
Секция клинической геронтологии и гериатрии: В конференц-зале МГКБ № 60, шоссе Энтузиастов, 84/1, корпус 1, 2 этаж	
16 марта 2006 года, четверг в 15.00 К. м. н. Н.С. ВОЛKOVA	Эффективность практического применения школы для больных с сочетанием артериальной гипертензии с сахарным диабетом у пожилых.
Секция профилактической медицины и профессиональных болезней В конференц-зале клиники нефрологии, внутренних и профессиональных болезней им. Е.М. Тареева, ул. Россолимо, 11-а	
23 марта 2006 года, четверг в 16.30 Л.В. МАНДРИК, Т.М. РОЖДЕСТВЕНСКАЯ, О.А. СОЛОВЬЕВА, к. м. н. И.М. БАЛКАРОВ, к. м. н. С.Д. РУДЕНКО, проф. В.В. ПОНОМАРЕВА, проф. В.В. МАТЮХИН (кафедра терапии и профессиональных болезней, кафедра ЛФК и ВК ММА им. И.М. Сеченова и НИИ медицины труда РАМН).	1. Гиподинамия — фактор риска профессионально-обусловленного метаболического синдрома, подходы к реабилитации с применением ЛФК на основе аппаратно-программного комплекса «Истоки здоровья». 2. Демонстрация больного с метаболическим синдромом и проведением реабилитационной программы.
20 апреля 2006 года, четверг в 16.30 К.м.н. В.И. ОСИПЕНКО, д. м. н. Е.Н. ПОПОВА, к. м. н. В.В. КРАЕВА, В.В. ДЕНЬГИН, проф. Б.М. КОРНЕВ, 2. О.А. ЛИ, к. м. н. В.В. КРАЕВА.	1. Роль компьютерной томографии в диагностике профессиональных заболеваний с поражением легочного интерстиция. 2. Демонстрация больного с производственным ингаляционным воздействием соединений серы и фенола.
Секция неотложной терапии. В большом конференц-зале клинко-хирургического корпуса НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского (Сухаревская пл., 3, вход с Гроховского пер.)	
28 марта 2006 года, вторник в 16.00 проф. С.А. БОЙЦОВ, к. м. н. А.Г. ВИЛЛЕР, к. м. н. Р.М. ЛИМЧАК, к. м. н. Н.В. БАЛАМАТОВ, проф. Ф.Н. ПАЛЕЕВ	«Острый коронарный синдром (современные методы диагностики и лечения)».
25 апреля 2006 года, вторник в 16.00 К. м. н. М.М. ЛУКЪЯНОВ, к. м. н. Д.В. РУДНЕВ, д. м. н. Б.В. ДАВЫДОВ, академик РАМН А.П. ГОЛИКОВ	Новые возможности лечения и профилактики кризового течения гипертонической болезни.
Секция нефрологии и иммунопатологии: В аудитории клиники нефрологии, внутренних и профессиональных болезней им. Е.М. Тареева, ул. Россолимо, 11-а	
16 марта 2006 года, четверг в 16.30 1. К. м. н., с. н. с. отделения хронического гемодиализа и пересадки почки МОНИКИ Е.О. ЩЕРБАКОВА. 2. Комментарии: Д. м. н. Е.И. ПРОКОПЕНКО (МОНИКИ)	1. Клинические наблюдения: а) Успешное лечение вирусно-микоплазменной пневмонии после трансплантации почки. б) Трудности ведения туберкулеза на фоне хронического вирусного гепатита С у реципиента почечного трансплантата. 2. Легочные инфекции у реципиента почечного трансплантата.
Секция ревматологии: В помещении конференц-зала Института ревматологии РАМН, Каширское ш., 34	
7 марта 2006 года, вторник в 16.00 1. Д. м. н. Е.Е. МИХАЙЛОВ 2. К. м. н. Н.В. ТОРОПЦОВА	1. Потребление кальция, содержание витамина D у подростков во время формирования костной массы. 2. Общие принципы профилактики остеопороза.
4 апреля 2006 года, вторник в 16.00 1. К. м. н. Д.В. АБЕЛЬДЯЕВ, проф. Н.А. ШОСТАК, к. м. н. А.В. АКСЕНОВА, к. м. н. Н.М. БРИКО 2. Проф. Е.Ю. КОМЕЛЯЧИНА	1. Постстрептококковый артрит: нозологическая диагностика и исходы. 2. Диабетическая нейроостеоартропатия.

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

Правление МГНОТ

Поздравляем компанию «ФИК Медикаль» в лице Главы представительства Жаковой Ирины Игоревны с первым десятилетием успешной и плодотворной деятельности на Российском фармацевтическом рынке. Желаем благополучия и дальнейшего процветания.

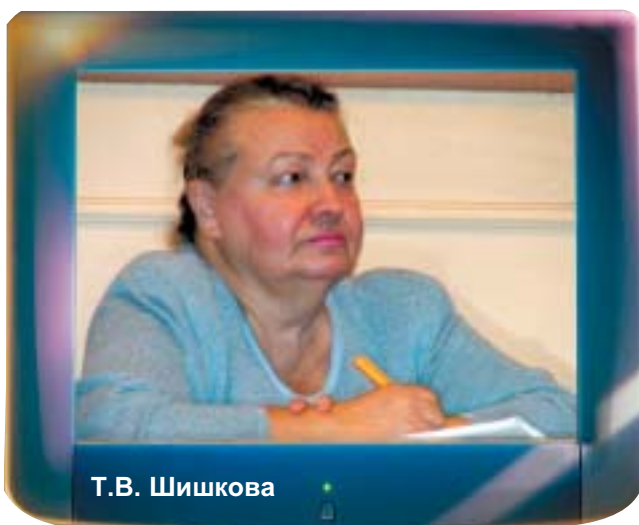
Редакционная коллегия газеты

КОМПЬЮТЕР НА СТОЛЕ ВРАЧА

Коллеги, работающие со мной в поликлинике (практические врачи), меня правильно поняли: автор статьи «Врач и компьютер», опубликованной в № 16 Вестника МГНУТ, не противопоставляет клиническому мышлению достижения техники и полностью согласен с мнением А. Власовой, что последние технические новации «могут быть адекватно применены с достижением максимального и правдивого результата только после того, как врач, их назначивший, проделал в голове громадный диагностический поиск и напряг свое клиническое мышление».

куда такая прозорливость? В каком компьютере, на каком сайте Вы найдете ответ на этот вопрос? Диагноз поставлен очень просто: на основании «симптома взгляда». Б.П. Кушелевский (1966 г.) обратил внимание на то, что у лиц с дизэнцефальным синдромом, развившимся после закрытой травмы головы, часто наблюдается блеск глаз при отсутствии признаков тиреотоксикоза. Своеобразный блеск глаз придает взгляду больного особое выражение застывшего страдания, тоски, глаза как бы мокрые. Этот феномен особенно ярко выражен у лиц с бурными проявлениями вегетативной дистонии, у женщин после удаления яичников, при предменструальном синдроме. Инволюционная гормональная перестройка, захватывая центры гипоталамуса, сопровождается появлением этого феномена и у лиц с патологическим климаксом.

Снова о компьютере на столе врача



Т.В. Шишкова

Вот об этом диагностическом поиске и клиническом мышлении и была моя статья. Это тоже выполняется с помощью компьютера, но находящегося в голове врача, и он никогда не будет превзойден никакой техникой, т. к. информацию в голову врача закладывает сама медицинская жизнь со всеми ее нюансами.

Будем надеяться, что начатая в стране перестройка здравоохранения коснется не только величины заработной платы. Но качества медицинской помощи повышение зарплаты не улучшит. А вот свободный доступ врачей каждого медицинского учреждения к информации через Интернет, действительно, улучшил бы качество медицинских услуг в силу свежей информации с экономией времени, возможности общения со специалистами по разным вопросам. Этот рыбок в сторону качества требует не только материальных затрат, но и приобщения врача к новому стилю работы. А пока оплата врача зависит от количества статистических талонов, он их пишет от руки (во всяком случае, в поликлинике), на что уходит масса времени и физических сил, поэтому ему не до Интернета. Что касается общения с коллегами, то это все-таки лучше делать лично, но и на это у современного врача в поликлинике нет времени по вышеуказанной причине.

Не буду оспаривать мнение А. Власовой о том, что нынешняя диагностическая техника — это новая эра в медицине, но в жизни нередко случается так, что клиническому мышлению противопоставляются достижения техники. В пользу непреходящей эффективности последнего приведу следующий пример.

Пациентка, молодая женщина, была чрезвычайно расстроена тем, что ей отказали в приеме на работу в милицию (на канцелярскую должность) по причине наличия анемии (гемоглобин 100 г/л, цветовой показатель — 0,75) и измененной электрокардиограммы (отрицательные Т-зубцы в грудных отведениях) с заключением: «Выраженные изменения в миокарде». Никто не попытался разобраться в причине этих изменений. Ей просто сказали: «Принесите нам нормальный анализ крови и нормальную электрокардиограмму, тогда мы Вас примем».

Я бросаю взгляд на больную, вижу ее глаза и ставлю диагноз: дисгормональная кардиопатия. От-

куда такая прозорливость? В каком компьютере, на каком сайте Вы найдете ответ на этот вопрос? Диагноз поставлен очень просто: на основании «симптома взгляда». Б.П. Кушелевский (1966 г.) обратил внимание на то, что у лиц с дизэнцефальным синдромом, развившимся после закрытой травмы головы, часто наблюдается блеск глаз при отсутствии признаков тиреотоксикоза. Своеобразный блеск глаз придает взгляду больного особое выражение застывшего страдания, тоски, глаза как бы мокрые. Этот феномен особенно ярко выражен у лиц с бурными проявлениями вегетативной дистонии, у женщин после удаления яичников, при предменструальном синдроме. Инволюционная гормональная перестройка, захватывая центры гипоталамуса, сопровождается появлением этого феномена и у лиц с патологическим климаксом.

Ответ А. Власовой

Первый вопрос, который я задала больной, касался не сердца, а характера менструального цикла. И действительно, она подтвердила, что менструации в течение нескольких лет нерегулярные, а раньше были обильными, видимо, тогда и развилась анемия. Приход менструаций ожидается в тот период, когда появляется раздражительность, головные боли, нагрубание молочных желез, плаксивость, вздутие живота, т. е. симптомы предменструального синдрома.

Предлагаю больной проконсультироваться с опытным гинекологом для решения вопроса о причинах нарушений менструального цикла, а в ближайшее время (через неделю) повторно снять ЭКГ, т. к. уверена в том, что пленка скорее всего станет нормальной.

Много лет тому назад наблюдала больную, которой никак не могли поставить диагноз в связи с тем, что на ЭКГ на протяжении нескольких месяцев то выявлялись отрицательные Т-зубцы, то исчезали. Менструальный цикл у этой женщины был регулярным. В связи с наличием ярко выраженных симптомов предменструального синдрома возникла мысль разложить электрокардиограммы по фазам менструального цикла, и тут все встало на свои места. В фолликулиновой фазе менструального цикла (первые 10 дней после менструации) ЭКГ была нормальной, в лютеиновой фазе на ЭКГ обнаружались сглаженные, изоэлектричные или отрицательные зубцы Т.

Вероятно, это была одна из первых публикаций на данную тему. Вспоминаю, как было трудно в те далекие годы убеждать коллег в наличии дисгормональной дистрофии миокарда. Сегодня с удовлетворением и радостью держу в руках автореферат Н.В. Макаровой, доктора из Якутии, которая изучила клинико-функциональные показатели сердечно-сосудистой системы у женщин с предменструальным синдромом (2000 г.). Вегето-сосудистые проявления предменструального синдрома нередко связаны с сезонностью года, главным образом, с летним периодом («полярным днем»). Эхокардиографические показатели размеров и функции сердечной мышцы сохраняются в пределах обычных величин нормы.

Автор доложила свои наблюдения за рубежом на 11 Международном конгрессе по кардиологии, что особенно важно, т.к. отечественная медицина всегда отличалась добротным клиницизмом и высокими аналитическими свойствами и по этим показателям вправе претендовать на одно из первых мест в мире.

Через неделю больная приносит совершенно нормальную кардиограмму, отдаю ее ей на руки для передачи по месту будущей работы. Что касается анализа крови, то, назначив препараты железа, понимаю, что купировать анемию удастся только через несколько недель. А пока... беру грех на душу, выписываю ей нормальный анализ крови. Больная инструктирована по части лечения анемии и характера изменений электрокардиограммы. На работу приняли, пациент и врач довольны друг другом.

Сопредседатели секции:

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

Программа заседания:

1. **Круглый стол**
2. **Обсуждения**
3. **Доклад спонсоров**

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

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

Сопредседатели секции:

- **Нонинов В.Е.**,
д.м.н., профессор,
- **Богомолов Б.П.**,
член-корр. РАМН, профессор

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:

- **Савенков М.П.**,
д.м.н., профессор кардиолог
- **Парфенов В.А.**,
д.м.н., профессор, невролог.

Программа заседания:

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

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

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

ПИСЬМА ЧИТАТЕЛЕЙ

Глубокоуважаемый Павел Андреевич!

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

1. Отсутствуют как класс бета-блокаторы, несмотря на то, что именно эта группа входит во все международные рекомендации по лечению ИБС (в т. ч. и стенокардии) как препараты первого выбора. В многоцентровых исследованиях доказано, что бета-блокаторы имеют преимущества в лечении стенокардии перед антагонистами кальция во влиянии на частоту сердечно-сосудистых осложнений (например, TIBBS — сравнительное исследование нифедипина ретард и Конкора).

Поэтому мы считаем, что этот класс препаратов обязательно должен быть представлен в Стандартах по крайней мере такими средствами, как бисопролол и метопролол.

2. В раздел «ацетилсалициловая кислота» целесообразно включить новые современные и безопасные препараты, такие, как Тромбо Асс и Кардиомагнил. Именно эти препараты обладают защитными свойствами в отношении ЖКТ, что очень важно для длительного лечения стенокардии.

Надеемся на Вашу помощь и поддержку в решении этих вопросов.

Заведующий отделением кардиологии МСМ № 47,
проф. Синопальников В.И.

Приглашение

«Знают ли кардиологи тиреотоксикоз?»

16 марта 2006 года
Начало в 17.00
Вход по приглашениям

Приглашение

«Антибиотики и ХОБЛ в терапевтической практике: необходимость или традиции прошлого?»

29 марта 2006 года
Начало в 17.00
Вход по приглашениям

Приглашение

«Ваш коронарный больной прооперирован — что дальше?»

23 марта 2006 года
Начало в 17.00
Вход по приглашениям

Сорбифер® Дурулес®

Оптимальный препарат железа

Для лечения и профилактики железодефицитной анемии

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

Введён Приказом Минздравсоцразвития от 2 декабря 2004 года № 296.



Регистрационное удостоверение П № 011414/01 - от 29.07.2005

Предприятие АО "Фармацевтический завод ИФХ" (Владимир), Москва
Средство зарегистрировано в соответствии с требованиями
Федерального закона от 12.12.2004 № 127-ФЗ "Об обращении лекарственных средств"
Регистрационный номер: П № 011414/01
Срок действия: 01.01.2007 - 01.01.2010

ВНИМАНИЕ!!! НОВИНАКА!!!

В издательстве НЬЮДИАМЕД вышла книга авторов Е.Е. Гогина, Г.Е. Гогина

«Гипертоническая болезнь и ассоциированные болезни системы кровообращения: основы патогенеза, диагностика, выбор лечения»



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

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

Книги издательства «НЬЮДИАМЕД» можно приобрести:

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

SCHWARZ
PHARMA

SHWARZ PHARMA AG
Россия, Москва,
Ул. Усачева 33/2, стр. 5
Тел. +7 (495) 9330282
Факс +7 (495) 9330283
www.schwarzpharma.com
www.medi.ru

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, А.А. Арсланов

Редакционный совет: А.И. Воробьев (председатель редакционного совета), В.Н. Ардашев, З.С. Баркаган, А.С. Белевский, Ю.Н. Беленков, Ю.Б. Белоусов, Б.П. Богомолов, И.Н. Бокарев, В.И. Бурцев, Е.Ю. Васильева, В.А. Галкин, М.Г. Глезер, Е.Е. Гогин, А.П. Голиков, Д.И. Губкина, Н.Г. Гусева, Л.И. Егорова, В.М. Емельяненко, Р.М. Заславская, Г.Г. Иванов, В.Т. Ивашкин, А.В. Калинин, А.В. Каляев, С.В. Карпова, М.И. Кечкер, А.И. Кириченко, В.М. Ключев, Ф.И. Комаров, Б.М. Корнев, Л.Б. Лазебник, В.И. Маколкин, И.В. Мартьянов, 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. Шлектор, 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 (495) 729-97-38

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