



ВЕСТНИК МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО

МОСКОВСКИЙ ДОКТОР

Июль 2006

№ 13 (30)

НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ

**Беседа с Владимиром Анатольевичем Пономаревым —
Генеральным директором ЗАО «Экстремед», старейшей
в Москве коммерческой скорой помощи**

Наша служба скорой медицинской помощи создана в 1993 г. В настоящее время в «Экстремед» 8 специализированных автомашин, все марки «Ford». Из 8 бригад: 2 реанимационные, 2 педиатрические и 4 линейные. Бригады дислоцированы по Москве на 3 подстанциях. Мы пошли на оснащение наших бригад дорогостоящей аппаратурой ведущих мировых производителей. Я могу с уверенностью сказать, что оснащение наших реанимобилей соответствует оснащению современного отделения реанимации. Наряду с этим все «линейные бригады», в отличие от городских бригад «03», оснащены современными дефибрилляторами, аппаратами ИВЛ, современными средствами иммобилизации. На линейных бригадах тоже вся аппаратура импортная. На городских скорых в подавляющем большинстве отечественная техника. Импортный кардиограф не отказывает, когда мы приезжаем к больному, отечественные в самый ответственный момент начинаются капризничать.

Мы как-то зимой везли женщину в Брянск в жуткий снегопад. Навстречу вылетает девятка, врезается в нашу машину. Один из пассажиров девятки погиб, наш водитель сломал ребра и врачу раскроило голову, фельдшер сломала нос. Больная была хорошо зафиксирована, ничего не случилось с ней. Это все в 4 часа утра в чистом поле. Больная на аппарате, хорошо, в Брянске оказались отзывчивые коллеги, помогли все организовать. Никакое оборудование не пострадало, все хорошо было зафиксировано.

Мы наши машины делаем по спецзаказу, полностью меняем обшивку салона, все стены отделываем полированным алюминием, специально закрепляем оборудование, стоит это бешеных денег... А городские машины идут в стандартной комплектации, везде пластик, который через год трескается, отваливается, болтается, аппаратура с него слетает. И через 3 года наши машины выглядят как новенькие, а городские как будто им по 20 лет. Кроме того, полированный алюминий гораздо лучше моется, машины у нас сверкают. А это, кроме красоты, и для больных важно, ведь мы возим и ожоговых, и с открытыми травмами, да и врача это обязывает быть аккуратным самому. У нас машины оборудованы дополнительными печками, кондиционерами, в салоне создается оптимальная температура, когда длительные перевозки тяжелых больных — это очень важно.

— Вы приезжаете в среднем быстрее, чем городская скорая?

— Не всегда, потому что мы выезжаем во все районы г. Москвы. А городская «03» обслуживает только свой небольшой регион. Наш норматив доезда в любую часть города составляет максимум 40 минут. Мы стоим в тех же пробках. Но зачастую мы приезжаем быстрее, потому что городскую скорую ждут и по 3—4 часа. Нас невыгодно вызывать просто на «болит живот или голова» — дорого. Нас вызывают на серьезные случаи, часто — когда не могут дождаться городскую скорую. Мы очень часто попадаем на инфаркты, инсульты, травмы. За последнее время стало гораздо больше серьезных вызовов, чем раньше. Наша клиентская база состоит из 2 частей: клиенты страховых компаний, их много, вот они вызывают на все, на каждый чих и соплю, и от них меньше всего благодарности и куча недовольства. И частные клиенты. Они узнают о нас из разных источников, у нас много рекламы, но чаще всего по рекомендациям знакомых, друзей.

— Вы пациентов возите в частные и в государственные клиники?

— Да, возим. Клиенты страховых компаний, их много, вот они вызывают на все, на каждый чих и соплю, и от них меньше всего благодарности и куча недовольства. И частные клиенты. Они узнают о нас из разных источников, у нас много рекламы, но чаще всего по рекомендациям знакомых, друзей.

— Вы пациентов возите в частные и в государственные клиники?

ПРЯМАЯ РЕЧЬ

— В любые, мы полноценная лицензированная скорая помощь, запрашиваем наряд на госпитализацию через городскую сеть. У них есть информация о всех коммерческих скорых помощях. Конечно, во взаимодействии есть проблемы. С прошлого года скорая берет за выдачу этих нарядов деньги, за что, собственно, непонятно: мы дозволиваемся в общей очереди на пул по полчаса, получаем наряды в эти же городские больницы. Работа пульта финансируется из бюджета. Ведь пациент, которого мы обслуживаем, уже оплатил деятельность пульта своими налогами. Ладно, в прошлом году было 200 руб. за наряд, в этом году новый главный врач скорой выставил 750 руб. за наряд. Это при стоимости вызова во многих коммерческих скорых 2500 рублей. Нам

Нас невыгодно вызывать просто на «болит живот или голова» — дорого. Нас вызывают на серьезные случаи, часто — когда не могут дождаться городскую скорую.

в голову. Его никто не брался транспортировать, и нас отговаривали, говорили — не жалец. Мы справились, довели его в 20 детскую больницу, там мальчика прооперировали. Выжил.

Это еще одна причина, почему пользуется спросом наша скорая. Мы беремся за транспортировку больных, за которых никто не берется. Еще одна причина: допустим, клиент страховой компании работает в Москве, договор у него на лечение в московском стационаре, а живет он в Подмоскowie. Подмоскoвнaя скорая его в Москву не повезет, а московская из Подмоскoвья забирать не будет.

У нас сейчас оказание помощи по городу стало не основной деятельностью, основное — это транспортировка тяжелых больных. Сегодня мы везем больную из Подольска с 80% ожогов. Недалеко, но нужно соответствующее оборудование в машине. Приезжали врачи из Склифа, посмотрели, сказали, что если довезете — возьмем.

Своей скорой нет ни у Склифа, ни у ЦИТО, а туда мы вообще каждый день катаемся. Мы к ним везли мужчину из Черкесска (1500 км), молодой, 42 года, вышел из своей машины, поковыряться в багажнике, а его сзади впечатало в его же машину. У него было переломано все, что только можно, в коме, на низком давлении. Ему здесь сделали 6 операций, не поверите, он вышел из ЦИТО на своих ногах. А его никто не хотел транспортировать.

— А как вы взаимодействуете с вокзалами, аэропортами?

— С ними очень сложно, за все приходится платить. Чаще всего наша задача — встретить у трапа. Если больной очень тяжелый, то нас пропускают, если чуть полегче, то у них есть своя машина, они забирают больного у трапа и перегружают к нам за пределами летного поля, если им этого делать не хочется — купюру охраннику в карман и проезжаем. Это в Шереметьево. В Домодедово — попроще, там почти всегда пускают.

— К вам стоит очередь на трудоустройство?

— Да. Зарплата не намного больше, но уважающий себя специалист хочет работать на хорошей машине, с хорошей техникой, с полным набором современных медикаментов, и не пьяниц и бомжей развозить, а заниматься профессиональной работой. Мы такую возможность им даем, да и нагрузка у нас поменьше.

Больше всего у нас требуются врачи-универсалы с высокой квалификацией, которые могут работать и с детьми, и с политравмой. У нас как таковых врачей-скорпомощников почти нет, мы отказались от них. У нас в основном врачи, которые работают в стационарах, чаще анестезиологи-реаниматологи. Причем звания, большие должности не имеют никакого значения, главное — квалификация. Мы всех врачей берем сначала на испытательный срок, в первое время ездят в паре с кем-то, тщательно отслеживаем все их действия и назначения, некоторые вылетают после первого дежурства, несмотря на всякие рекомендации и родственные связи.

У нас держать блатных не выгодно, у нас ведь хороший врач приносит прибыль, а плохой — убытки. Мы предпочитаем взять молодых, после ординатуры (конечно, поработавших фельдшером или медбратом в пору студенчества), и научить как надо, чем «опытного» врача с городской скорой переучивать.

Врач, кроме того, что хорошо лечить обязан, должен хорошо общаться с пациентом. Когда пациент платит из своего кармана — это очень важно. На городской скорой ведь привыкли хамить, им сколько не плати, это хамства не искоренит. Они привыкли, что им все должны, они благодетели приехали.

К некоторым пациентам выезжаем по 10—20 раз за сутки, не хотят госпитализироваться, это их право, мы



приходится эти деньги просто прибавлять к стоимости обслуживания.

А как быть с автоавариями, мы обязаны остановиться, оказать помощь и при необходимости госпитализировать, мало того, что мы это делаем бесплатно, так «город», вместо того, чтоб оплатить нам эту работу, еще с нас за это и деньги собирает брать.

— У вас есть какой-нибудь предел расстояния, с которого вы транспортируете?

— Нет, возили с Украины, из Белоруссии.

— А что, санавиации не существует?

— Коммерческая — очень дорого, а государственная только при чрезвычайных ситуациях или при каких-то «громких» делах, рядовому человеку, попавшему в тяжелую аварию в глухой деревне, никакая эвакуация не светит. Мы периодически и бесплатно транспортируем, одно время детишек тяжелых из Подмоскoвья возили. Была история, про которую многие слышали. Когда мальчик, играя пистолетом отца, выстрелил себе

Мы наши машины делаем по спецзаказу, полностью меняем обшивку салона, все стены отделываем полированным алюминием, специально закрепляем оборудование, стоит это бешеных денег... А городские машины идут в стандартной комплектации, везде пластик, который через год трескается, отваливается, болтается, аппаратура с него слетает.

Мы беремся за транспортировку больных, за которых никто не берется.

ИнтерНьюс

Ешьте шоколад — будете здоровы

Темный шоколад в небольших дозах благоприятно влияет на сердечно-сосудистую систему у курильщиков; тем не менее д-р Роберто Корти (Университетская Клиника Мюнхена) предупреждает, что самое лучшее, что курильщики могут сделать для своего сердца, — это совсем отказаться от сигарет, а не просто «заедать» их шоколадом. Ученые решили обследовать курильщиков как лиц с эндотелиальными и тромбоцитарными нарушениями — своеобразную модель ранней стадии сердечно-сосудистых заболеваний. После ограничения пищи, богатой полифенольными антиоксидантами, 20 мужчин-курильщиков съедали либо 40 г темного шоколада (74% какао), либо 40 г белого шоколада (4% какао). Исходно и после теста определялись функция эндотелия и тромбоцитов. Каждый тест выполнялся натощак, после 8 ч голодания, и как минимум через 40 минут после курения.

Поток-зависимая вазодилатация значительно улучшилась через 2 ч после приема темного шоколада по сравнению с исходным уровнем (7,0% против 4,4%). Положительный эффект шоколада сохранялся в течение 8 ч. Аггезия тромбоцитов в условиях значительного сдвига (как происходит в области выраженного стеноза или поврежденной бляшки) также достоверно уменьшилась — примерно в те же сроки: 5,0% против 3,2%. После приема белого шоколада функция эндотелия или тромбоцитов не менялась. По мнению авторов, именно антиоксидантный эффект темного шоколада определяет это положительное влияние на сердечно-сосудистую систему — общие показатели антиоксидантного статуса повышались в среднем через 2 ч после приема темного, но не белого шоколада. По самым последним данным, темный шоколад может даже повышать чувствительность к инсулину, что позволяет предположить его пользу и у диабетиков. Но полнее ответить на этот вопрос смогут только будущие исследования.

Источник:
Heart 2005; 92: 119-20

Статины могут уменьшать риск сепсиса у больных с сердечно-сосудистой патологией?

Канадские ученые наблюдали за 141487 жителями Онтарио в возрасте старше 65 лет, госпитализированных с острым коронарным синдромом, ишемическим инсультом либо для реваскуляризации и выживших в течение как минимум трех месяцев после выписки. В анализ вошли данные о 69168 пациентах, половина из которых получала статины. Частота сепсиса была ниже в группе, принимающей статины, чем среди не получающих эти препараты больных: 71,2 против 88,0 случаев на 10000 человеко-лет (отношение рисков 0,81). Этот благоприятный эффект сохранялся и после поправки на демографические характеристики, факторы риска сепсиса, сопутствующие заболевания, использование медицинских услуг. Протективный эффект статинов сохранялся и при анализе данных пациентов с высоким риском сепсиса — лиц с диабетом, хронической почечной недостаточностью или инфекциями в анамнезе. Достоверно снижалась и частота тяжелых и фатальных форм сепсиса (отношение рисков 0,83 и 0,75, соответственно). Интересно, что другие липидснижающие препараты не обладали подобным протективным эффектом, отмечает Д. Хакхам (Sunnybrook and Women's Hospital, Онтарио, Канада). Авторы признают, что результаты этого обсервационного исследования необходимо будет подтвердить в рандомизированных контролируемых испытаниях.

Источник:
Lancet 2006;
early online publication

Высшая школа экономики 25 мая провела круглый стол, посвященный проблемам современного состояния и дальнейшего развития здравоохранения страны. В отличие от других многочисленных подобных пустошоружных заседаний это отличалось конструктивностью предложений, предварительно оформленных в аналитическом докладе...*. По словам открывшего заседания Е.Г. Ясина, дискуссии о путях реформирования происходят много лет, движения нет — а люди умирают каждый день. Нельзя ждать политических событий, нельзя ориентироваться на политическую конъюнктуру. Сложившееся положение вещей устраивает всех — чиновников, врачей, не устраивает оно только людей.

Существуют три направления реформ, как сказал ректор Высшей школы экономики Кузьминов: 1) либеральный путь — реформы без денег, 2) профессиональный — дайте денег, мы их сами потратим и 3) оптимальный — увеличить финансирование одновременно с радикальными реформами. Пока реализуется второй сценарий реформ. Вместе с тем недофинансирование — фундаментальный вопрос, оно привело к формированию новой неприемлемой для общества профессиональной морали нищего доктора: урвать, где только можно. Отсюда и бесконечные совместительства и торговля из-под полы. Главный тезис, который бескомпромиссно выдвигают экономисты: между врачом и обществом должен быть заключен контракт, по которому общество перестанет делать вид, что платит доктору, а доктор перестанет делать вид, что лечит больных. Без достойной оплаты труда, позволяющей отдавать себя любимому делу на рабочем месте, все реформы ожидает провал.

В выступлениях присутствующие отмечали те моменты, которые отсутствуют в докладе. Например, ничего в нем не говорится о частной или точнее, негосударственной медицине. Услугами этой медицины пользуются 17 миллионов человек, работающих в различных АО: РАО ЕС России, РАО Железные дороги, Газпром и многочисленные организации помельче. Нередко эта медицина — единственная в регионе, там, где частные предприятия являются градообразующими, например, в Норильске. В настоящее время подготовлены проекты ряда нормативных документов, которые вообще исключают многие негосударственные медицинские организации из системы здравоохранения. Речь идет о новых принципах лицензирования, где существенно, радикально меняются правила игры и негосударственные учреждения лишаются возможности оказывать первичную медицинскую помощь. То-то будет весело... Впрочем, стране уже не привыкать к странным нормативным документам, выходящим из-под пера нынешних чиновников.

Некоторое время назад мне попала в руки изящно оформленная книжечка с докладом И. Шеймана с соавторами*. Она так мне понравилась, что я даже стал ее рассылать коллегам. Наконец, после серии предварительных разговоров состоялась и презентация, которую можно назвать эффектной и, безусловно, успешной. В зале помимо авторов и руководства Высшей школы экономики собрались 4 (!) бывших министра здравоохранения, один из них — ныне замминистра, руководство ММА им И.М. Сеченова, специалисты страхования, финансирования, первичной помощи, Московской области, Всемирного банка, ряд специалистов, активно работающих в области реформы здравоохранения.

Основным мотивом выступлений было: доклад хорош, правильно, что на первое место вынесен, наконец-то, дефицит финансирования в здравоохранении; доклад почти тянет на программу реформ, но в нем не хватает — и далее шел почти бесконечный список, чего там не хватает. Авторы стоически молчали до конца, когда напомнили, что это проблемный доклад, а не программа. Если же говорить об обсуждении, то на первое место вышла проблема секретности действий Правительства и прерванности, негармоничности начинаний. Да, хорошо, что появились средства в Национальном проекте, но почему не в ходе нормального планирования повышения расходов на здравоохранение, не в нормальном бюджетном процессе? Да и где он, этот Проект? Кто его видел? Нельзя же таблички на сайте и интервью в газетах считать документами. Да, хорошо, что серьезно отнеслись к разработке новых законов о государственных гарантиях, о страховании, но почему разработка велась «по секрету», да и

куда они пропали эти проекты? Авторы доклада, которые были и авторами этих законопроектов, ничего не сказали вопрошающим. Удивительным образом, даже весьма несхожие критики нынешней системы — А.И. Воробьев и Л.М. Рошаль почти сходились в своей критике и в своих предложениях. Я не увидел в этом ничего удивительного, поскольку два доктора говорили о необходимости простых и ясных действий для улучшения медицинского обеспечения народа, а в ответ получали цифры повышения суммарного финансирования. Поскольку большинство в аудитории составляли люди в возрасте старше 50, для них, знакомых с принципами «освоения средств», суммарные цифры финансирования были убедительны.

* «Российское здравоохранение: как выйти из кризиса» Е.Г. Ясин, Я.И. Кузьминов, Л.И. Яковсон, И.М. Шейман, С.В. Шишкин, П.В. Шевский, А.Г. Вишневский.

СВЕТСКАЯ ХРОНИКА

Несколько раз возвращались выступающие к проблеме отсутствия законов в области здравоохранения, противоречивости существующих, необходимости комплексного законодательного регулирования. Даже подготовленные законопроекты о госгарантиях, системе медицинского страхования, расширения автономности медицинских учреждений зависли уже на несколько лет и не выносятся Минздравсоцразвития на рассмотрение.

В.К. Леонтьев отметил, что врач в медицинском учреждении находится на положении бесправного раба, да и сама организация «учреждение» — крайне неэффективная форма управления. Медицинское сообщество неактивно, деятельность ассоциаций неразвита, они не берут на себя никаких управляющих функций. Реформу не могут делать бюрократы, которых стало неизмеримо больше,

ее должны активно проводить профессионалы-врачи.

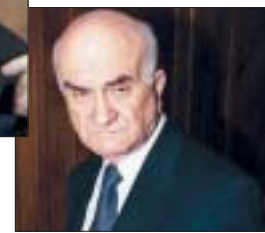
По мнению представителей Счетной палаты РФ, государственные средства, в том числе выделяемые на реализацию национальных проектов, расходуются крайне неэффективно. Социальные программы и проекты фрагментарны, не увязаны друг с другом. В настоящее время медицина уже разделилась на медицину для богатых и бедных. Денег в системе ОМС явно недостаточно, но задача объединить ресурсы двух фондов — ОМС и социального — до сих пор не реализована. А ведь такое объединение позволило бы эффективно перераспределять средства между наиболее важными задачами, увеличив эффективность всего государственного сектора в социальной сфере. Необходимо учитывать, что в нашей стране сегодня 20% населения — пожилые и 25% — дети, организация медицинской и социальной помощи в этих группах существенно отличается от организации помощи работоспособному населению. В стране абсолютно не развиваются технологии реабилитации, в том числе связанные с трудоустройством людей с частичной функциональной недостаточностью. Из-за отсутствия диалога между чиновниками, экономистами и врачами отрасль продолжает стоять раскорякой.

Как заметил один из главных врачей московской поликлиники В.А. Елдаков, врач оказался на обочине реформ. ДЛО привела к огромной перегруженности врачей писани-

Продолжение на стр. 3

Что про нас думают экономисты

Взгляд П. Воробьева



Удивительно мирно

Взгляд В. Власов

Левша, умирая, просил передать царю, что англичане ружья кирпичом не чистят. С этой же болезненной назойливостью я говорил, глядя в глаза В. Стародубову, о том, что, вероятно, днями новый вирус гриппа А уже передался впервые от человека к человеку. В России же нет национальной программы подготовки к пандемии. И опять я «хватал министра за пуговицу» и узнал новость, для всех важную — Правительство уже работает над этим вопросом. Можно было бы возрадоваться, но что-то из моего печального опыта подсказывает — рано, ибо все может вылиться в закупки китайского ремантадина, расфасованного в Кинешме. Сегодня мы не имеем новых сведений из Индонезии о новых заболевших гриппом, но это может быть лишь следствием того, что страшное землетрясение прервало информационный поток и за сообщениями о тысячах погибших в руинах уже ждут нас новости о гриппе.

Начало на стр. 1 ↗

должны помогать. Иногда дешевле для пациента, чтоб бригада не уезжала. У нас очень разные клиенты. Среди постоянных клиентов действительно очень разные, есть тяжело больные люди, действительно нуждающиеся во врачебной помощи часто, а есть просто очень мнительные

— А что у Вас делают врачи, чего городская не делает?

Дело в том, что на городской, впрочем, как и в клиниках, много врачей, которые только номинально умеют сами делать стан-

Врач, кроме того, что хорошо лечить обязан, должен хорошо общаться с пациентом. Когда пациент платит из своего кармана — это очень важно. На городской скорой ведь привыкли хамить, им сколько не плати, это хамства не искоренит. Они привыкли, что им все должны, они благодетели приехали.

дартные манипуляции, пункции, в реале не делавшие их никогда, мы таких врачей не держим. Мы регулярно обучаем наших врачей, приглашаем специалистов из ведущих клиник (ЦИТО, Кардиологический центр, НИИ нейрохирургии им Н.Н. Бурденко и др.). Когда мы только начинали работать с ведущими клиниками, они нам сразу же сказали, что у них есть определенные протоколы, по которым должны лечиться больные и, соответственно, мы, начинающие эту терапию, тоже должны делать это в соответствии с протоколами. Они прочитали нам лекции, позанимались с нашими врачами. И в результате мы друг другом довольны, никаких нареканий. Мы очень сильно отличаемся от города используемыми препаратами. Причем наши врачи вообще не склонны вливать больным всего и побольше, у нас ведь стоимость вызова от количества лекарств не зависит.

У нас фиксированная цена вызова. Есть цена на линейную бригаду, есть цена на реанимационную. Ну и от времени пребывания зависит. Вызов на гипертермию, головную боль, пищевое отравление, гипертонический криз стоят одинаково, но на одном вызове могут кроме но-шпы ничего не использовать, на другом уходит много дорогих препаратов, в целом все уравнивается, и у врачей нет стимула обманывать пациента и вливать всякие витамины и т. д. Мы умеем не лечить, когда в этом нет необходимости. Ну если больной настаивает, что его спасет только инъекция, — уколем витамины. Стараемся больному оставлять таблетированный препарат на ближайшие 2—3 приема, чтоб ему в экстренном порядке, еле стоящему на ногах не приходилось бежать в аптеку.

У многих частных скорых стоимость очень сложно определяется, приезжая, они пациенту вывешивают целый тариф: приезд столько-то, инъекция столько-то, лекарства..., ЭКГ..., носилки на этаж... И пациент вместо того, чтоб лечиться, думает, хватит ли у него денег и не сделал ли врач лишний укол. Я принципиально настаивал на фиксированной цене, т. к. любой отход от нее влечет за собой злоупотребления и нервирует больного. А врач обязан оказать больному помощь в полном объеме, полноценную, независимо от того, хватит ли у больного денег или нет. Мы, когда больной вызывает нас, говорим ему примерную стоимость. Бывает, что у больного постфактум не хватает, ну что теперь, судиться с ним, что ли, из-за этого? Если пациент недоволен обслуживанием, жалуется на врача, то у нас система одного предупреждения, после этого увольняем.

— А какой состав ваших бригад?

— Есть разные: есть 2 врача, есть врач и фельдшер, есть, где реаниматолог и педиатр. Вот ведь парадокс —

детских вызовов очень мало, люди за себя готовы платить любые деньги, за детей — жмутся. Я поражаюсь, люди звонят, чтоб вызвать детскую бригаду, узнают стоимость — говорят «Ой, как дорого», а за себя и значительно большие деньги платят.

Есть у нас еще и такой вариант транспортировки — «ночная» эвакуация больного из отдаленных и труднодоступных районов. Когда наша скорая летит в «брюхе» самолета. В этом случае наш реанимобиль загружается в самолет транспортной авиации и осуществляется перелет до ближайшего к пациенту аэропорта. Далее реанимобиль выезжает к месту нахождения больного и проводится эвакуация и вылет в г. Москву. Как правило, это больные, находящиеся в тяжелом или критическом состоянии в отдаленных районных больницах, не обладающих силами и средствами для лечения такого рода пациентов. Наши реаниматологи на

месте осуществляют подготовку и весь комплекс необходимых сложнейших лечебно-диагностических мероприятий: мониторинг всех жизненно важных функций, искусственную вентиляцию легких, микрооперативные вмешательства.

Фрахтовать самолет очень дорого — десятки тысяч долларов. Но зачастую это единственный вариант. Так везли пациента с тяжелой сочетанной травмой из Оренбургской области. Больной К., 42 лет, пострадал в тяжелом ДТП и был госпитализирован в одну из районных больниц с диагнозом: тяжелая сочетанная травма, сотрясение головного мозга, множественные переломы ребер. В связи с тяжелой дыхательной недостаточностью больной был переведен на ИВЛ. Однако, несмотря на проводимое лечение, состояние больного прогрессивно ухудшалось. После обращения к нам реанимационная бригада незамедлительно вылетела к пациенту и, преодолев расстояние в 230 км от аэропорта г. Самары, прибыла к пациенту. В течении нескольких часов шла подготовка к медицинской эвакуации.

Мы умеем не лечить, когда в этом нет необходимости.

Больной был перемещен в реанимобиль, и началась транспортировка в аэропорт. В пути непрерывно проводилось мониторинг, ИВЛ, управляемое введение лекарственных препаратов. Спусти 3 часа реанимобиль прибыл в аэропорт, вновь был погружен в самолет, который незамедлительно вылетел в г. Москву. В полете продолжались все лечебно-диагностические мероприятия в полном объеме, направленные на поддержание жизни больного. Через 2 часа после вылета из аэропорта г. Самары пациент был доставлен в реанимационное отделение одной из ведущих клиник г. Москвы. Хочу подчеркнуть, что, несмотря на всю экстремальность данной ситуации, транспортировка этого крайне тяжелого больного прошла без осложнений. Часто за это платят компании, где человек работает. Еще часто вызывают в рестораны к перекуром и перепившим клиентам. Есть еще один вид деятельности — сопровождение мероприятий: концерты, матчи, похороны, свадьбы, корпоративные мероприятия, съемки с участием трюков, каскадеров, открытие магазинов, с большим скоплением людей. Врачи наши терпеть не могут такую работу, но ничего не поделаешь. Не хочется, конечно, профессионалу вместо того, чтоб жизни спасать, корвалол и валерьянку разливать.

Беседовала А. Власова

Начало на стр. 2 ↗

ной рецептов и психоэмоциональному их истощению (в науке это называется «профессиональное выгорание»), новых нагрузок врачи не потянут. Аналогично триаде Донабедиана можно сформулировать триаду реализации программ качества: мочь, уметь, хотеть. Без этих трех составляющих реформа обречена на провал. Простое избирательное повышение зарплаты без изменения функциональных обязанностей врача привело к появлению напряжения в отношениях во врачебной среде. Вообще не обсуждается реформа сестринского дела, а ведь врач без сестры — ничто. Необходим институт «помощников врачей», которому нужно поручить большой объем рутинной работы, выполняемой сегодня врачом. И еще — чему учат на последипломных кафедрах — чему угодно, общеклиническим вопросам, но только не тому, как работать врачу.

Выступление А.И. Воробьева отличалось эмоциональностью, несколько раз прерывалось В.И. Стародубовым, Л.М. Рощалем, вступавшим в дискуссию как с выступающим, так и между собой. Речь шла о том, что сегодня есть несколько направлений (по словам А.И. Воробьева — прорывных), на которых в течение кратчайшего времени, измеряемого неделями, а не годами, можно достичь существенных изменений в судьбах больных. Например, развитие коронарного стентирования сдерживается не отсутствием специалистов или ангиографических установок, а отсутствием доступных стентов, за которые больные вынуждены платить из своего кармана до 2-х тысяч долларов. Оплатив стенты на государственном уровне, можно в 10—20 раз увеличить количество сделанных операций уже через несколько дней. Или онкогематология — применение современных

программ сдерживается отсутствием доступных дорогостоящих цитостатиков и молекулярно-биологической диагностики: если первое просто нужно купить государству, то диагностика — вопрос организации доставки образцов крови из регионов в несколько существующих современных лабораторий. Выздоровление при большинстве гемобластозов достигает сегодня 80%!

В.И. Стародубов возражал, что именно эти «прорывные технологии» и вошли в национальный проект «Здоровье». Однако оппоненты не сошлись в способах реализации задач. Одно дело — строить дорогостоящие «центры», нанимать туда персонал, обучать его, а потом искать пациентов (в одном регионе не может быть столько больных, чтобы «обеспечить» работой строящийся мощный центр). Другое дело — создать «вертикальную» службу, где на федеральном уровне дать возможность закупки необходимых медикаментов, стентов, тазобедренных суставов, распределения их по существующим центрам, которые уже сегодня могут работать на современном уровне (их оснащение, заработная плата и т. д. — ответственность бюджета субъекта федерации), передать туда технологии, стандарты, провести краткое обучение «на рабочих местах» и контролировать качество оказываемой помощи. Идея создания таких профессиональных служб обсуждается в РАМН уже несколько месяцев, но не находит пока поддержки у чиновников.

В целом состоялся очень интересный диалог, и хотя никаких выводов и решений не было, но этот разговор, хочется надеяться, даст новый импульс развитию здравоохранения. Все-таки стоит от разговоров и шарашаний из стороны в сторону перейти к целенаправленным действиям, направленным не на разрушение системы, а на ее восстановление.

ИнтерНьюс

По меньшей мере 4 инфаркта миокарда из 10 остаются нераспознанными

Таковы результаты анализа данных участников Роттердамского исследования — лиц 55 лет и старше, у которых ЭКГ регистрировалась исходно в 1990—1993 гг. и затем повторно в 1994—1995 либо 1997—2000 гг. (n = 4187). За 6,4 года наблюдения был зарегистрирован 141 случай инфаркта миокарда. У мужчин частота диагностированных и недиагностированных при повторной ЭКГ инфарктов миокарда составила 8,4 и 4,2 на 1000 человеко-лет, у женщин — 3,1 и 3,6 соответственно. Таким образом, у мужчин остаются недиагностированными 33% инфаркта миокарда, а у женщин — 54%. По мнению исследователей — д-ра Эрика Боэрсма и его коллег (Медицинский Центр Erasmus, Роттердам) — это может объясняться частыми атипичными проявлениями инфаркта миокарда, особенно у женщин. Это приводит к поздней обращаемости за медицинской помощью и сложности диагностики. Как считают авторы, лица с ретроспективно выявленным по ЭКГ инфарктом миокарда так же нуждаются в профилактических вмешательствах (аспирин, бета-блокаторы, статины, изменение образа жизни), как и лица с традиционными факторами риска (курение, ожирение, диабет).

Источник:
Eur. Heart. J. 2006;
online first

Тревожность связана с повышенным риском сердечно-сосудистой смертности и реваскуляризации после инфаркта миокарда

Исследователи из Университета Шлезвиг-Гольштейн (Любек, Германия), во главе с д-ром Д. Беннингховеном, обследовали 76 пациентов через одну неделю и 31 месяц после перенесенного инфаркта миокарда. За этот период сердечно-сосудистая смерть или реваскуляризация были зарегистрированы у 24 человек. Среди этих участников симптомы тревожности встречались более часто. Так, низкий уровень тревожности (баллы ниже 3 по шкале Lubek Interview for Psychological Screening Instrument) чаще наблюдался среди лиц без сердечно-сосудистых проблем: 77% против 54% соответственно. Проблемы регистрировались значительно быстрее после инфаркта миокарда при высоком уровне тревожности, чем при более низком. Кроме того, более тревожные пациенты продолжали курить, а более спокойные — чаще отказывались от сигарет. Дополнительная поддержка — например, помощь в отказе от курения и другие виды обучения, направленные на изменение образа жизни, — имеют большее практическое значение для перенесших инфаркт больных, уверены немецкие исследователи.

Источник:
Psychother Psychosom 2006;
75: 56—61

Ребенок, которого нет

Жизнь нередко входит в противоречие с законодательством. Нередко это выглядит трагически, иногда — курьезом. И то, и другое смешалось в истории появления на свет Гоши Захарова. Впрочем, он пока не Захаров. Отец Гоши умер несколько лет назад от злокачественной опухоли, оставив замороженную 9 лет назад, еще до лечения сперму. Погоревав, мать умершего договорилась с суррогатной матерью, последней была введена оплодотворенная спермой покойного яйцеклетка, и ребенок появился на свет. Однако, нет папы, нет и мамы, по существующим законам ребенка нельзя зарегистрировать, дать ему фамилию. В настоящее время бабушка пытается обойти закон и усыновить собственного внука.

Источник:
по сообщениям СМИ

ИнтерНьюс

Подтверждение связи между эректильной дисфункцией и сердечно-сосудистой патологией

В первое исследование вошел 221 мужчина, прошедший однофотонную эмиссионную компьютерную стресс-томографию. Эректильная дисфункция имела место у 54,8% участников, сообщает Д. Мин (Университетские Клиники Чикаго, Иллинойс). Лица с эректильной дисфункцией имели более выраженное поражение коронарных сосудов (балл выше 8), чем мужчины без таковой: 43,0% против 17,0%. У первых реже регистрировалась фракция выброса левого желудочка выше 50%: 24,0% против 11,0%. Кроме того, эректильная дисфункция была связана с меньшим временем физической нагрузки и низкими баллами индекса Дьюка при тредмил-пробе. По данным мультивариационного анализа, эректильная дисфункция была независимым предиктором тяжелой коронарной патологии (отношение шансов 2,50) и балла выше 8 — признака высокого риска (отношение шансов 2,86). Таким образом, в данной популяции эректильная дисфункция была более сильным предиктором коронарной патологии, чем традиционные факторы риска.

Во втором исследовании изучались распространенность и факторы риска эректильной дисфункции у 2126 мужчин в возрасте 20 лет и старше — участников US National Health and Nutrition Examination Survey (2001-2). Эректильная дисфункция выявлялась у каждого пятого респондента (18,4%), сообщает К. Сайгал (Калифорнийский Университет, Лос-Анджелес). Особенно высокой была распространенность эректильной дисфункции среди лиц латиноамериканского происхождения (стандартизованное отношение шансов 1,99). Распространенность эректильной дисфункции также нарастала с возрастом: среди лиц 75 лет и старше три четверти мужчин страдали ею. Эректильная дисфункция была независимо связана с несколькими факторами сердечно-сосудистого риска — диабетом (отношение шансов 1,69), ожирением (отношение шансов 1,60), курением (отношение шансов 1,74) и гипертонией (отношение шансов 1,56). Эти факторы могут способствовать прогрессированию эректильной дисфункции за счет дисфункции эндотелия, повреждения кавернозных нервов, увеличения соотношения эстрогена и тестостерона сыворотки.

В третьем исследовании изучались независимые факторы, ассоциированные с эректильной дисфункцией, в однофотонно обследованной выборке канадских мужчин 40—88 лет ($n = 3921$). Эректильная дисфункция имела место у 49,4% респондентов и была связана с наличием сердечно-сосудистой патологии (отношение шансов 1,45) и диабета (отношение шансов 3,13), после поправки на вмешивающиеся факторы. Среди лиц без сердечно-сосудистых заболеваний и диабета эректильная дисфункция была независимо связана с 10-летним коронарным риском по Фрамингемской шкале (отношение шансов 1,03 на каждый 1% увеличения риска), а также с уровнем глюкозы крови натощак (отношение шансов 1,14 на каждые 18 мг/дл). Кроме того, эректильная дисфункция независимо ассоциировалась с недиагностированной гипергликемией, нарушенной толерантностью к глюкозе и метаболическим синдромом. С. Гровер (Университет Мак Гилл, Монреаль, Квебек) подтверждает, что механизмы связи сердечно-сосудистой патологии и эректильной дисфункции остаются до конца не изученными, но, по всей видимости, в основе лежит генерализованный атеросклероз и сосудистое повреждение.

Источник:

Arch. Intern. Med. 2006; 166: 201-6, 207-12, 213-9

ПРОТОКОЛ ПЛЕНАРНОГО ЗАСЕДАНИЯ МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ от 14.04.2004 г.

Председатель: академик А.И. Воробьев

Секретарь: к.м.н. Е.Н. Кочина

Повестка дня: Д. м. н. Л.С. Бирюкова, Е.Н. Денисова, В.Б. Даумова, к. м. н. Е.М. Шулуто, д. м. н. Г.М. Галстян (ГУ ГНЦ РАМН). Острая почечная недостаточность в клинике внутренних болезней.

Синдром острой почечной недостаточности (ОПН), обладающая нозологической формой, относится к общеклиническим проблемам внутренней медицины и характеризуется острым, обычно обратимым, нарушением почечных процессов, расстройством водно-электролитного, кислотно-основного, осмотического гомеостаза, ускоренным развитием азотемии, которая может дополняться эндотоксемией, связанной с системным воспалением, цитолизом, дисфункцией печени или нарушением метаболизма.

Встречается ОПН во всех областях клинической медицины, значительно отягощая течение основного заболевания и ухудшая его прогноз.

Обычно частота ОПН не превышает 80—85 случаев на 1 млн населения в год. Она возрастает в десятки раз при природных или эпидемических катастрофах. Многие авторы отмечают рост ятрогенных форм ОПН, что обусловлено агрессивностью современной медицины, применением нефротоксичных лекарств, несоблюдением мер безопасности пациентами.

В докладе обобщен двадцатилетний опыт лечения более 600 больных с ОПН, накопленный в ГНЦ РАМН. В реальных клинических условиях, как правило, приходится иметь дело с сочетанием повреждающих почки факторов, одна причина сменяет другую и часто стирается грань между пусковым и присоединяющимся механизмами.

Основную группу больных составили осложнения трансфузионной терапии. Обращает внимание развитие гемотрансфузионного конфликта у доноров плазмы, которым были возвращены «чужие» эритроциты. Среди причин преобладала несовместимость по системе АВО, затем по резус-фактору, более 6% составили гемолизированные эритроциты, около 5% — кровезаменители, основное место среди которых составили декстраны.

Летальность в группе пациентов с пострасфузионными осложнениями составила 7%, а в группе пациентов с заболеваниями системы крови почти в 10 раз выше. В группе с пострасфузионными осложнениями повреждающий фактор имел взрывное одномоментное действие, и врачи имели дело с ликвидацией последствий. В случае онкогематологических заболеваний сохранялся фон неизлечимой патологии.

Основное место в лечении больных с ОПН занимали методы заместительной почечной терапии. Только у 20% ОПН была изолированной. В остальных случаях она входила в состав полиорганной недостаточности.

Современные авторы, применяющие методы заместительной почечной терапии у больных с полиорганной недостаточностью, считают достижением снижение летальности до 80% у столь тяжелой категории больных. Патоморфоз ОПН за 50 лет значительно изменился. Аппарат искусственной почки прочно занял свое место в отделении реанимации рядом с аппаратом ИВЛ. Началась новая эра интенсивной нефрологии или нефрологии критических состояний.

Вопросы докладчику:

Вопрос проф. Р.М. Заславской: Вопрос к случаю ОПН у больного гипертонией, применявшего ингибиторы АПФ: какие факторы риска были у этого больного?

Ответ: Фактор риска развития ОПН — стеноз почечных артерий. Больной страдал распространенным атеросклерозом, в т. ч. и с поражением сосудов почек в виде стеноза;

Вопрос проф. З.С. Баркагана: Учитывалась ли динамика цилиндритов?

Ответ: Часто больные поступают уже в состоянии анурии, поэтому нет данных;

Вопрос проф. З.С. Баркагана: Проводился ли тромболитизис?

Ответ: Нет, ни в одном из случаев;

Вопрос проф. З.С. Баркагана: Применялась ли терапия лактулозой?

Ответ: У лактулозы есть побочное действие — диарея, что нежелательно для больных;

Вопрос проф. Р.М. Заславской: Прибегали ли вы к биопсии почки, чтобы установить диагноз?

Ответ: Да, в случае затяжной анурии. В одном случае мы установили поражение почек волчанкой, в другом миеломной болезни до диагностики ее гематологом;

Вопрос 6: Были ли у вас больные с ОПН, возникшей на фоне лечения циклоспорином А?

Ответ: Поражение почек циклоспорином А обратимо, т. е. необходима коррекция дозы. Длительное же применение циклоспорино А в течение 2—3 и более лет приводит к повреждению сосудов и развитию «циклоспориновой нефропатии».

ПРОТОКОЛЫ МГНОТ

Дискуссия:

Проф. З.С. Баркаган: Я должен сказать, что эта вся ситуация типичная, особенно в акушерстве. В диагнозе в истории болезни мы видим «акушерский сепсис», «полиорганная недостаточность», главного — ДВС-синдрома — нет. Так же как травма, отравления, краш-синдром ведут к ДВС-синдрому. Поэтому важно определять миоглобинурию, миоглобинемия — важные факторы, ведущие к поражению почек. Я видел это в Средней Азии у людей, укушенных гюрзой, эфой. Когда-то в такой ситуации накладывали жгут. Это приводило к ампутациям конечностей и тяжелой почечной недостаточности. Когда мы отменили наложение жгута при укусах змей, ситуация улучшилась (летальность упала с 80% до 0, не стало турникетных шоков). Всасывание миоглобина происходит при работающих мышцах, поэтому необходима иммобилизация конечности сразу же после укуса. При утоплении всегда происходит всасывание миоглобина, миоглобинемия высочайшая. Поэтому определять и убирать миоглобин нужно.

Второе, что мне хотелось отметить — лактулоза, которая снимает токсическое воздействие аммиака. Третье, о поражении канальцевого аппарата можно судить по цилиндрурии. Но цилиндры, особенно восковидные, надо смотреть в надосадочной жидкости.

Наконец, хотелось отметить необходимость применения тромболитика для деблокады микроциркуляции почечных сосудов. Мы хорошо видим, как усугубляется почечная недостаточность после применения антифибринолитиков (аминокапроновой кислоты).

В почках есть своя фибринолитическая система, чтобы не было закупорки белковыми агломератами. Из всех тромболитиков хуже всего переносится стрептокиназа. Сейчас появился новый тромболитик из слюны кровососущих летучих лисиц (вампиры).

Кроме того, нужно сочетать плазмаферез с гемодиализом, поскольку средние молекулы гемодиализом не удаляются. Нами показан огромный положительный опыт оказания нефрологической помощи при самых различных нозологиях. Большое спасибо за выступление.

Проф. Р.М. Заславская: Сообщение очень интересное. Хотелось остановиться на патологии, которая нередко встречается в нашей терапевтической клинике. На фоне ревматизма, порока сердца, бактериального эндокардита появляются признаки почечной недостаточности. Очень важным обстоятельством является обратимость почечной недостаточности при септическом васкулите сосудов почек. Лечить его необходимо не только антибиотиками, но и гепарином. Сейчас на многих конгрессах говорят о том, что гирудин при ДВС-синдроме работает не хуже гепарина».

Проф. П.А. Воробьев: У меня смешанное впечатление от доклада. Речь идет о 600 пациентах. Половина из них — негематологические больные. Необходим дальнейший анализ: когда они поступили, была ли у всех анурия. Ведь это принципиальный вопрос: 1 сутки анурии, когда интенсивной терапией (гепарин, плазма, плазмаферез) можно предупредить дальнейшее прогрессирование заболевания или уже 3—4, когда нужны совсем другие терапевтические подходы.

Еще вопрос: почему не применялся плазмаферез у больных сепсисом? Одна точка его приложения — дезинтоксикация с удалением средних молекул, чего можно добиться и ультрафильтрацией. Но другой механизм действия плазмафереза — удаление крупных комплексов, миоглобина, свободного гемоглобина заменить нельзя.

Академик А.И. Воробьев: Л.С. Бирюкова вместе с П.А. Воробьевым работала в Армении после землетрясений, но ее огромный опыт в это сообщение не вошел. Зачем обсуждать то, чего нет?

Проф. П.А. Воробьев: Мы обсуждаем вопросы патогенеза почечной недостаточности, которые принципиальны при выборе тактики лечения. Лечить сепсис без плазмаферезов нельзя. Сепсис — это всегда тяжелой ДВС-синдром, крупномолекулярные комплексы плавают в крови, накапливаются в тканях. Нельзя противопоставлять гемодиализ плазмаферезу: первый — метод симптоматического лечения, второй — патогенетического. Одна ситуация — когда пациент поступил уже в длительной анурии, другая — когда еще нет анурии, но заметно снижается диурез или нарастает уровень мочевины и креатинина. Это называется переходящая парциальная почечная недостаточность — ПППН. Но таких больных чаще никто не лечит. Нет стандартов лечения. Недавно переиздал инструкцию по оказанию помощи в условиях землетрясения: 20 лет прошло, ее никто не знает. Там все расписано, что нужно делать до диализа. Врачи не знают и не умеют предупреждать развитие ОПН в самом начале, в зародыше процесса. Все диализные центры страны работают на ХПН и не занимаются ОПН — только делают диализ, когда нужно. Мне кажется, ГНЦ РАМН мог бы возглавить это направление — предупреждающее лечение.

Почему я так горячо обо всем этом говорю? Я начался протоколов заседаний терапевтического общества 1903, 1904, 1911 гг. Терапевтическое общество в те времена

Продолжение на стр. 7 ➤



СТАНДАРТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

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

Эти стандарты мало доступны врачам.

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

Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

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

Частота предоставления услуги или частота назначения лекарственного средства в стандарте отражает вероятность выполнения медицинской работы (услуги) или применения лекарственного средства на 100 человек и может принимать значение от 0 до 1, где 1 означает, что всем пациентам необходимо оказать данную услугу. Цифры менее 1 означают, что настоящая услуга оказывается не всем пациентам, а при наличии соответствующих показаний и возможности оказания подобной услуги в конкретном учреждении. Среднее количество отражает кратность оказания услуги каждому пациенту.

Ориентировочная дневная доза (ОДД) определяет примерную суточную дозу лекарственного средства, а

эквивалентная курсовая доза (ЭКД) лекарственного средства равна количеству дней назначения лекарственного средства, умноженному на ориентировочную дневную дозу.

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

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

Приложение
к приказу Министерства
здравоохранения и социального развития
Российской Федерации
от 22 ноября 2004 г. № 228

СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ

1. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА

Категория возрастная: взрослые, дети

Нозологическая форма: Аллергический ринит

Код по МКБ-10: J30.0

Фаза: обострение

Стадия: любая

Осложнение: без осложнений

Условие оказания: амбулаторно-поликлиническая помощь

1.1. ДИАГНОСТИКА

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.27.001	Сбор анамнеза и жалоб при болезнях верхних дыхательных путей	1	1
A01.27.002	Визуальное исследование при патологии органа обоняния	1	1
A01.31.011	Пальпация общетерапевтическая	1	1
A01.31.012	Аускультация общетерапевтическая	1	1
A01.31.016	Перкуссия общетерапевтическая	1	1
A02.08.001	Осмотр верхних дыхательных путей с использованием дополнительного источника света, шпателя и зеркал	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
A12.06.006	Накожные исследования реакции на аллергены	1	1
A09.05.122	Исследования уровня антител к антигенам растительного, животного и химического происхождения	0,3	1
A06.08.003	Рентгенография придаточных пазух носа	0,4	1
A04.08.001	Ультразвуковое исследование придаточных пазух носа	0,4	1
A12.09.001	Исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков	0,01	1
B01.002.01	Прием (осмотр, консультация) врача-аллерголога первичный	0,1	1
A11.12.009	Взятие крови из периферической вены	0,5	1
A09.05.055	Исследование уровня сывороточных иммуноглобулинов в крови	0,5	1

1.2. ЛЕЧЕНИЕ, ОДНОКРАТНЫЙ КУРС ИЗ РАСЧЕТА 1 МЕСЯЦ

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.08.001	Сбор анамнеза при болезнях верхних дыхательных путей	1	2
A01.27.002	Визуальное исследование при патологии органа обоняния	1	2
A01.31.011	Пальпация общетерапевтическая	1	2
A01.31.012	Аускультация общетерапевтическая	1	2
A01.31.016	Перкуссия общетерапевтическая	1	2
A02.08.001	Осмотр верхних дыхательных путей с использованием дополнительного источника света, шпателя и зеркал	1	1
A11.05.001	Взятие крови из пальца	1	2
A08.05.006	Соотношение лейкоцитов в крови (подсчет формулы крови)	0,1	1
A12.05.001	Исследование оседания эритроцитов	0,1	1
A06.08.003	Рентгенография придаточных пазух носа	0,01	1
A04.08.001	Ультразвуковое исследование придаточных пазух носа	0,01	1
B01.002.01	Прием (осмотр, консультация) врача-аллерголога первичный	1	1
A25.08.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях верхних дыхательных путей	1	1
A25.08.002	Назначение диетической терапии при заболеваниях верхних дыхательных путей	1	1
A25.08.003	Назначение лечебно-оздоровительного режима при заболеваниях верхних дыхательных путей	1	1
A13.31.006	Обучение уходу за больным ребенком	0,5	1

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД**	ЭКД***
Средства для лечения аллергических реакций			0,8		
	<i>Антигистаминные средства</i>		1		
		Клемастин	0,1	2 мг	28 мг
		Лоратадин	0,4	10 мг	300 мг
		Цетиризин	0,4	7,5 мг	225 мг
		Хлоропирамин	0,05	25 мг	250 мг
		Мебгидролин	0,05	150 мг	1500 мг
Гормоны и средства, влияющие на эндокринную систему			0,1		
	<i>Неполовые гормоны, синтетические субстанции и антигормоны</i>				
		Кромоглицевоая кислота и ее натриевая соль	0,4	7 аэрозольных доз	98 аэрозольных доз
		Беклометазон	0,3	500 мкг	7000 мкг
		Флутиказон	0,3	200 мкг	2800 мкг

* — анатомо-терапевтическо-химическая классификация.

** — ориентировочная дневная доза.

*** — эквивалентная курсовая доза.

СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

1. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА

Категория возрастная: взрослые

Нозологическая форма: острый инфаркт миокарда

Код по МКБ-10: I21

Фаза: все фазы заболевания

Стадия: все стадии заболевания

Осложнение: без осложнений

Условие оказания: амбулаторно-поликлиническая помощь

Приложение
к приказу Министерства
здравоохранения и социального развития
Российской Федерации
от 22 ноября 2004 г. № 230

1.1. РЕАБИЛИТАЦИЯ ИЗ РАСЧЕТА 6 МЕСЯЦЕВ

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
В04.015.03	Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога	1	6
В04.015.01	Школа для больных с артериальной гипертензией	0,01	10
В04.015.02	Школа для больных с сердечной недостаточностью	0,01	10
В05.015.01	Услуги по реабилитации больного, перенесшего острый инфаркт миокарда	1	6

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД**	ЭКД***
Анальгетики, нестероидные противовоспалительные препараты, средства для лечения ревматических заболеваний и подагры			0,8		
	<i>Ненаркотические анальгетики и нестероидные противовоспалительные средства</i>		1		
		Ацетилсалициловая кислота	1	325 мг	58500 мг
Средства, влияющие на свертывающую систему крови			0,2		
	<i>Антиагреганты</i>		1		
		Клопидогрел	0,4	75 мг	13500 мг
		Тиклопидин	0,6	250 мг	45000 мг
Средства, влияющие на сердечно-сосудистую систему			0,8		
	<i>бета-адреноблокаторы</i>		0,6		
		Атенолол	0,25	100 мг	18 000 мг
		Метопролол	0,25	150 мг	27 000 мг
		Пропранолол	0,25	140 мг	25 200 мг
		Карведилол	0,25	40 мг	7 200 мг
	<i>Ингибиторы АПФ</i>		0,3		
		Каптоприл	0,33	60 мг	10 800 мг
		Периндоприл	0,33	4 мг	720 мг
		Эналаприл	0,33	20 мг	3 600 мг
	<i>Антиангинальные средства</i>		0,8		
		Метилэтилпиридинол сукцинат	0,8	300 мг	18000 мг

* — анатомо-терапевтико-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

Начало на стр. 4 ↗

занималось, например, отправкой противотифозных бригад — т. е. практической, потребной деятельностью. Почему мы занимаемся лишь обсуждением высоких материй? Мне кажется, нужно вспомнить и практическое направление. Бесплоен недостаток пропаганды в деятельности общества.

Академик А.И. Воробьев: В Армении мы наблюдали тяжелейший краш-синдром, который отмывали плазмаферезом. Плазмаферез — немедленно, большие дозы свежзамороженной плазмы и диализ. Эта тактика лечения основана на знании патогенеза. Огромный тканевой распад, огромное всасывание продуктов тканевого распада. Первые порции плазмы прозрачные, потом из тканей поступала муть. Это — огромные агрегаты в десятки микрон, а размер капилляра — 4 микрона. Значит, эти агрегаты напрочь блокируют капиллярный кровоток, отсюда сопор, тяжелейшее истощение, развал швов и незаживающие раны. Наша бригада не сделала ни одной ампутации, включая открытые переломы костей голени. Американцы ампутировали направо и налево, наши военные хирурги тоже ампутировали. Но это вне доклада.

Дополнение Л.С. Бирюковой: Еще несколько случаев ОПН с миоглобинурией: мы наблюдали пациентку, которой родовспоможение осуществлялось надавливанием на живот. Затем была миоглобинурия. Случай ожога борщевиком — миолиз. После приема статинов у больного после трансплантации почки. Что касается плазмафереза, то мы используем его в комплексе с диализом.

Академик А.И. Воробьев:

Буквально несколько дней назад мы открыли новое нефрологическое отделение в гематологическом центре.

Это потому, что некуда деваться этим больным. С чем я абсолютно согласен, необходимо заниматься агитпропом. Трудно, неприятно, но надо. Ведь переливание крови в том виде, в каком оно сегодня существует, вряд ли необходимо. Л.С. Бирюкова сегодня вскользь упомянула о минорных антигенах, из-за которых останавливается почка при гемотрансфузиях. Кто же определяет минорные антигены? Сегодня переливание крови можно доверить специалисту иммунологу-трансфузиологу, а у нас это делает дежурный врач или ординатор. Не надо лить эритроциты, если нет острой дыхательной недостаточности, вызванной потерей кислородоносителя.

Почка фильтрует плазму. На выходе из клубочка эритроциты идут, «скрипя» друг об друга. Это уникальный кровоток. Необходимо помнить, что количество нефронов с годами убывает, достаточно небольшого воздействия (антибиотики — гентамицин) и почки встали. Мы должны знать про декстран — релополиглокин, который нефротоксичен. Конечно, Л.С. Бирюкова сказала о мочегонных — провокаторах тромбозов. Среди нас ходит очень много скрытых тромбофиликов. Кроме того, призываю вас помнить о выделительной функции желудка, не все токсины известны.

Докладчик взялся сегодня рассказать об острой почечной недостаточности. Контингент больных, которых выхаживает Л.С. Бирюкова вместе с нашими реаниматологами, очень тяжел. Из-за тяжелого ДВС-синдрома блокированы капилляры, у них трофика нулевая. Вы сделали царапину, а она не заживет. Легкий разрыв слизистой трахеи — подкожная эмфизема по всему телу. Весь этот контингент представлен в сегодняшнем докладе. Я хочу поблагодарить за это Л.С. Бирюкову и ее соратников.

Термометру уже почти 400 лет. А он все как молодой: ежегодно меняет имидж, следя за модой...

Прибор для исследования тепловых процессов термоскоп, прообраз жидкостного термометра был изобретен в 1603 г. Галилеем, а Санторио усовершенствовал инструмент, в 1626 г. впервые произведя измерение температуры у человека.



Количественная термометрия распространилась с середины XVIII века. Фаренгейт изобрел



ОБЩИЙ АНАЛИЗ ГДЕ МОЯ ТЕМПЕРАТУРА, ПОЧЕМУ Я НЕ ГОРЮ?

спиртовой (1709) и ртутный (1714) термометры и предложил температурную шкалу, названную его именем. Чуть позже Цельсий предложил другую термометрическую систему. Ф. Мартель (F. Martel, 1742), перевернув шкалу Цельсия (в которой 0 означал точку кипения, а 100 — точку замерзания), предложил термометр, который стал общепотребительным. Шкалу Фаренгейта, однако, до сих пор используют в странах, где метрическая система мер не стала единственно применяемой, например в США.

Термометрия тела (продолжительное время, два раза в день, с построением соответствующих графиков) как метод обнаружения и распознавания инфекционно-воспалительных процессов появилась в 1868 г. (по другим сведениям — в 1871 г.) благодаря работам немецкого врача Вундерлиха (C.R.A. Wunderlich). Он опубликовал свои наблюдения за 25000 пациентов и установил определенные закономерности. Вот как он оценивал термометрию: «Метод... дающий в распоряжение врача феномен, зависящий от общей суммы органических изменений в теле», связав возникновение лихорадки с воспалительным процессом.

Внешние проявления воспаления, однако, еще в древности постулировал Цельс: «Верные признаки воспаления суть: краснота и опухоль с жаром и болью». Гален добавил к этому определению пятый признак — «нарушение функции» (functio laesa), он же дал самое краткое определение лихорадки, назвав ее «противоестественным жаром».

Термометрия тела человека — исторически первый метод количественной оценки одного из параметров жизнедеятельности организма с помощью специального инструмента. Это имело — если вспомнить диагностические возможности медицины в тот момент и в следующие столетия — очень важное значение для распознавания

инфекционных болезней и инфекционно-воспалительных процессов, контроля за их течением.

Измеряя фактическую температуру кожных покровов и слизистых оболочек, мы получаем лишь опосредованное представление о «внутренней» температуре. Естественно, при оценке показателей нужно учитывать такие факторы, как циркадный ритм (максимальная температура наблюдается в 4—6 часов вечера, минимальная — в 3—4 часа утра) и др.

По современным западным представлениям, термометрию у взрослых людей желательнее проводить в полости рта под языком, ртутным термометром в течение 3 минут. В России до сих пор меряют аксиллярную температуру. Но и при оральной термометрии можно получить ошибочные результаты: при быстром дыхании (более чем 20 дыханий за минуту), неправильном размещении термометра относительно языка, искусственно вызванной лихорадке. Был предложен такой способ выявления симуляции: одновременно измерять оральную (или аксиллярную) температуру и температуру мочи, которые должны быть примерно одинаковыми.

Правильная трактовка длительного повышения температуры — сложна, решая этот вопрос, Вундерлих установил следующие критерии аксиллярной температуры: температура меньше 36,6 — субнормальная, от 36,6 до 37,4 — нормальная, от 37,5 до 38 —

Продолжение на стр. 8 ↗

ИнтерНьюс

При первичной профилактике сердечно-сосудистых событий аспирин может действовать по-разному у мужчин и женщин

Д-р Д. Бергер (Университет Дьюка, Северная Каролина) напоминает, что, независимо от пола, аспирин достоверно снижает риск первичных сердечно-сосудистых событий, при этом увеличивая риск кровотечений. Авторы проанализировали данные 6 клинических испытаний, включивших 95456 человек без сердечно-сосудистой патологии. Три испытания включали только мужчин, одно — только женщин, два — как мужчин, так и женщин. Среди 51342 женщин было зарегистрировано 625 нефатальных инсультов, 469 нефатальных инфарктов миокарда, 364 сердечно-сосудистых смерти. Прием аспирина ассоциировался с достоверным относительным снижением риска сердечно-сосудистых событий на 12%, риска инсульта на 17% и риска ишемического инсульта на 24%, без достоверного влияния на риск инфаркта миокарда или сердечно-сосудистой смерти. Среди 44114 мужчин было зарегистрировано 597 нефатальных инсультов, 1023 нефатальных инфаркта миокарда, 776 сердечно-сосудистых смертей. Терапия аспирином ассоциировалась со снижением относительного риска сердечно-сосудистых событий на 14% и риска инфаркта миокарда на 32%, без достоверного влияния на риск инсульта или сердечно-сосудистой смерти. Лечение аспирином приблизительно на 70% повышало вероятность больших кровотечений как среди мужчин, так и среди женщин. По расчетам авторов, прием аспирина в течение 6,4 лет позволяет предотвратить 3 сердечно-сосудистых события при 2,5 дополнительных случаях больших кровотечений на 1000 женщин. Для мужчин эти цифры, соответственно, составляют 4 и 3.

Источник:

JAMA 2006; 295: 306-13

Принципы медикаментозной терапии пожилых с артериальной гипертензией и метаболическими нарушениями имеют ряд особенностей:

Начальное снижение цифр не должно превышать 30% с дальнейшей постепенной стабилизацией показателей гемодинамики в течение недель и даже месяцев, что позволяет избежать характерных для пациентов старшего возраста ортостатических реакций, усугубления мозговой и почечной недостаточности. Назначение низких первичных доз антигипертензивных средств с постепенным их повышением до минимально эффективных, что также позволяет избежать быстрого снижения артериального давления и уменьшить частоту лекарственной ятрогении. Выбирать препарат необходимо с учетом индивидуальных механизмов развития гипертензии, особенностей фармакокинетики и фармакодинамики препаратов, влияющих на компоненты метаболического синдрома, возможности атипичных реакций и сопутствующей патологии. Антигипертензивную терапию при метаболическом синдроме необходимо проводить с учетом возможного нежелательного действия лекарственных средств на углеводный и липидный обмен. Показания к монотерапии при первичном подборе гипотензивных средств в настоящее время значительно сужены. Пациенты пожилого возраста нуждаются в более тщательном контроле за функцией печени и почек, электролитным балансом и углеводным обменом на фоне медикаментозной терапии. Психологические особенности пожилых людей затрудняют их активное участие в лечении.

Источник:

Клиническая геронтология 2005, № 11

Начало на стр. 7

субфебрильная, выше 38 — лихорадочная (фебрильная), выше 39,5 — «высокая» лихорадка, выше 42 °С — гиперпирексия. Понятия «субнормальной» и «нормальной» температуры затем стало принятым объединять — норма составляет от 35,8 до 37,4°. Это подразделение сохраняется и по сию пору, хотя в отечественных медицинских учебниках имеется досадная неточность, переходящая из книжки в книжку: обозначение границ субфебрилитета пределами 37—38 градусов. Это, как показывает практика, вызывает массу проблем как у лиц, самостоятельно измеряющих температуру тела, так и у их врачей.

По характеру температурной кривой предлагают выделять несколько типов лихорадки, из них диагностически наиболее существенные: постоянная, перемежающаяся (интермиттирующая и как особая форма ее — изнуряющая, гектическая, или септическая),

возвратная (рекуррентная), волнообразная (ундулирующая), неправильная (атипичная).

Наряду с классическими ртутными градусниками в наше время получили распространение термометры спиртовые, инфракрасные и др. цифровые портативные устройства. Японская компания ЕЖК продает бесконтактные градусники для измерения температуры тела. Используя инфракрасные лучи, устройство может измерять температуру тела объекта бесконтактным способом с точностью в 0,2 градуса всего за 3 секунды. Предполагается, что подобный способ измерения температуры позволит несколько снизить риск переноса вредоносных вирусов на градуснике от одного человека другому по сравнению с традиционными — контактными градусниками. На таможне в Китае стоит бесконтактный градусник, позволяющий выявлять больных туристов. Есть одно «но» — снижение риска заразиться и знание температуры любимой зверюги стоит дорого — чуть более 200 долларов США.

А вот технологи одной из американских корпораций предложили оригинальную конструкцию медицинского термометра. В тонкой прозрачной пластинке имеются капсулы с температурочувствительными веществами, которые меняют свой цвет при температуре на 0,2 градуса выше, чем это делает предыдущая капсула. Для измерения температуры одноразовый градусник просто кладут за щеку на 15—20 секунд. А вот чего достигли Российские ученые: слепые и плохо видящие теперь без труда смогут измерять температуру с помощью электронного говорящего градусника. Новый градусник не содержит ртути, температуру им можно измерять не только поместив в подмышечную впадину, но во рту. Градусник в нужное время приятным женским голосом сообщит, что процедура завершена, и скажет, какая у человека температура. В случае, если прибором неправильно воспользовались, то градусник оповестит об этом и вежливо попросит повторить манипуляцию.

Анализировала А. Власова

АНТИРЕКЛАМА

Незаконная реклама на улицах столицы

Вслед за мартовскими и апрельскими интервью, появившимися во множестве изданий, информация о волшебном средстве ИНГАРОН заполонила улицы Москвы.

Реклама является ложной, и необходимо принять все доступные нам меры к тому, чтобы она была изъята и публично денонсирована.

ИНГАРОН представляет собою препарат синтетического интерферона гамма для парентерального введения, производимый предприятием ФАРМАКЛОН в Оболenskе. Препарат, как следует из доступной от производителя и иной информации, прошел испытания на людях на токсичность и на животных и на клеточных культурах применительно к некоторым инфекциям.

Препарат никогда не испытывался применительно к гриппу и гриппоподобным заболеваниям. Аналоги препарата (гамма интерферон НЕ является новым лекарственным веществом) не обнаруживают профилактической и лечебной эффективности — судя по данным мировой литературы.



Нигде в мире интерфероны не рассматриваются как потенциальное средство защиты от гриппа, в том числе от гриппа птиц.

Призываю всех специалистов здравоохранения разъяснять потребителям недобросовестность данной рекламы. Участники рынка, производящие действенные вакцины и противовирусные препараты, надеюсь, также найдут силы для того, чтобы «поправить» недобросовестного участника рынка.

Профессор В. Власов,
Директор российского отделения
Кокрановского сотрудничества

ЭКСТРАМЕД
www.extramed.ru

Тел. 101-33-66

Круглосуточная скорая и неотложная медицинская помощь

SCHWARZ
PHARMA

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

ВАЗОНИТ® 600 мг ретард

ОЧЕРКИ ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ ТРАНСФУЗИОЛОГИИ



Под ред. Воробьева А.И.
Издательство Ньюдиамед
2006 г.

Книга создана преимущественно сотрудниками Гематологического научного центра РАМН под руководством академика А.И. Воробьева. Это отчет о сложном и славном пути развития трансфузиологии за последние десятилетия. Главные победы на этом пути — спасение сотен тысяч, миллионов жизней пациентов, погибших от кровопотери; и раненых на фронте, и пострадавших в катастрофах и многих, многих других. Книга — не руководство в полном смысле этого слова, а лишь очерки, освещающие наиболее острые и актуальные проблемы современной трансфузиологии: трансфузионная терапия острой массивной кровопотери, кровотечений родильниц, трансфузионная терапия наследственных и приобретенных нарушений свертывания крови, инфузионная терапия септического шока, особенности заместительной трансфузионной терапии в онкологии, искусственное питание, плазмаферез и другие методы экстракорпорального воздействия на кровь, стандартизация и управление качеством в службе крови.

Очерки предназначены для врачей трансфузиологов, хирургов, реаниматологов, врачей отделений интенсивной терапии, сотрудников станций переливания крови, студентов и ординаторов.

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. 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. Кириленко, 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. Новоженков, 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. Сторожков, 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 гериатрии

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.