



ПРЯМАЯ РЕЧЬ

Я окончила институт в 1959 году. Нас распределяли только участковыми врачами, я попала в ту поликлинику, в которой работаю и сейчас. Тогда я считала, что мне не повезло. Опыта не было никакого, в институте мы не проходили практику работы в поликлинике, поэтому мой первый больничный с АД 170/90 мм рт. ст. ввёл меня в состояние шока: я не знала, что с ним делать, какое лекарство назначить... Побежала к заведующей, получила от неё указания — и так бегала целый месяц, пока меня не пустили в самостоятельное свободное плавание.

Мне повезло с учителями. Моим первым учителем, ставшим таковым на всю жизнь, стал А.И. Воробьев. В начале 60-х годов он, тогда еще молодой ассистент кафедры И.А. Кассирского, появился в нашей поликлинике как консультант. Его разборы больных, а в дальнейшем и лекции были яркими, образными и на высоком научном уровне, который отличал всех без исключения сотрудников кафедры III терапии ЦИУ. Шеф подбирал их и по принципу умения говорить в том числе. У

меня появилось страстное желание учиться именно на этой кафедре. Обратиться за протекцией я не решилась. В те годы для того, чтобы получить направление в ординатуру, нужно было быть родственником главного врача или кого-либо из руководителей районной медицины.

Однажды меня вызвала к себе секретарь партийной организации и сказала, что она направляет меня учиться. Сердце юркнуло в пятки от радости: меня направляют в ординатуру! Далее она сказала голосом, не допускающим возражений: «Я направляю Вас учиться на курсы марксизма-ленинизма». Нет худа без добра. На курсах пришлось изучать философию, которую мы не проходили в институте. В конце занятий объявили, что желающие могут сдать кандидатский минимум. Я на всякий случай сдала, хотя ни о какой диссертации тогда не помышляла. А для того, чтобы сдать минимум, нужно было принести с работы характеристику. Характеристики подписывал «треугольник»: главный врач, секретарь партийной организации и председатель месткома. Характеристика носила формальный характер: в ней было

написано, что я молодой, но уже хороший врач, а главное — политически грамотна и морально устойчива. Характеристику я напечатала в 2 экземплярах. Между последней фразой и подписями оставила 2 пустые строчки. Второй экземпляр был отдан

на курсы для сдачи минимума, а в первом я потом донесла, что характеристика дана для поступления в ординатуру ЦИУ. Надеюсь, что за давностью лет мой противоправный поступок останется без последствий. Так я попала в ординатуру на желаемую кафедру.

Мой дальнейший путь в науке проходил под руководством А.И. Воробьева, им дана тема кандидатской диссертации, которую пришлось защищать по-настоящему. Вместе съеден пуд соли. Для себя я называю его «мой приемный отец».

25 лет я отработала в Институте биофизики старшим научным сотрудником (работа фактически в условиях реанимации), приходилось выхаживать больных с острой лучевой болезнью, больных с лейкозами, которым впервые в нашей стране пересаживали костный мозг. Пройдя все эти круги «высшего» медицинского образования я вернулась в участковую терапию. Это решение осознанное. Я — человек быстрых и самостоятельных действий. И в этом плане работа участкового терапевта вполне соответствует моему характеру, т. к. именно действия участкового терапевта исключительно самостоятельны, они не зависят от рекомендаций и суждений, высказанных консультантами. Участковый терапевт должен иметь самостоятельное понимание патологии, видеть её связь с общим состоянием человека, его личностными особенностями и обстоятельствами жизни. Только такая работа приносит профессиональное удовлетворение.

Хорошо, если поликлинический врач в начале своей деятельности поработал в стационаре. Это даёт знание перспективы болезни, меньше ошибок в показани-

ях к госпитализации, вырабатывается клиническое мышление. Поликлиническая работа ведь во многом диспетчерская, хотя это не уменьшает её важности. Работа в ведущих клиниках города дала знания по терапии, гематологии, ревматологии, лучевой болезни, са-

жет или будет обузой для коллектива и не приемлем для больных. Вечная спешка, конечно, порождает

Тот, кто медленно пишет, медленно движется в прямом и в переносном смысле, не самостоятелен в лечебно-диагностических вопросах, работать просто не сможет или будет обузой для коллектива и не приемлем для больных.

изъяны в оформлении амбулаторной карты, которые могут стать поводом для нареканий проверяющих, касающихся всегда формы, но не содержания. Постепенно привыкаешь к особенностям участковой работы и смотришь на все проверки философски, с позиции суеты нашей быстротекущей жизни.

Семья к моему переходу с работы научного сотрудника на должность участкового врача отнеслась с пониманием, но муж меня поддразнивает: «С чего начала, к тому же и пришла. Ты ни на что не способна». Я никогда не стремилась занимать руководящие должности, но когда мне предложили завести отделение, согласилась. Просто хотелось обсудить в процессе ежедневной работы те чисто медицинские проблемы, которые всё еще не находят своего должного разрешения. Это возможно, только если вы хоть какая-то руководящая единица, иначе ваши речи будут выглядеть как менторство, неуместное в среде коллег и вызывающее негативную реакцию. Знакомые меня поздравили: «Ну, конечно, с твоим опытом!» Но самое любопытное, как на это отреагировали в поликлинике. Меня поздравили, прежде всего, работники вспомогательных структур: регистратуры, лаборатории. Это делалось почему-то тихим голосом, украдкой. Я увидела улыбочивые глаза, мне перечисляли преимущества моего нового положения. Решение было единодушным: «Вы сможете». Я сделала ответный шаг: когда из лаборатории вдруг пошли бланки анализов, написанные карандашом, пришлось всем подарить по ручке — от имени Деда Мороза.

Одним из испытанных способов налаживания отношений является чаепитие. Устроила «банкет» по случаю своего вступления в должность. Утром выясняется, что меня решили все же перебросить на заведование другим отделением, т. е. я угощала не тех. Посмеялись, ничего страшного, но возникло неловкое положение, которого можно было бы избежать, если бы решения принимались тем местом человеческого организма, которое предназначено для раздумий. Прошло 6 месяцев, очередное повышение зарплаты бюджетникам сопровождалось сокращением штатов, иначе откуда же взять

деньги? Меня тоже сократили, и я это могла бы понять, если бы на мое место не взяли молодого доктора, не работавшего у нас в поликлинике, по образованию эндокринолога. Видимо, сейчас такое время. Вертикаль власти, к созданию которой нас призывает президент, — непростое дело, и каждый руководитель её создает, как умеет, нередко повторяя то, что мы видим в высших эшелонах власти. Переживший всё это Олег Попцов пишет так: «Вынужденный отход от политики или какого-либо рода деятельности, ставшего твоей сутью, будь то отставка добровольная или грубое или хамское отстранение, воспринимается болезненно и ещё долго надрыгает душу. Вспоминаются не обиды, нет, а незавершенные либо удачно начатые дела, рухнувшие в одночасье... Вспоминаются люди, вовлеченные в это дело, ставшие твоими единомышленниками, для которых решающим было не денежное довольствие, а смысл, образ идеи, твоё имя. Для кого-то из них, знакомых и незнакомых, ты навсегда перечеркнул надежду. Вот что терзает душу, а не утрата начальственного места».

Заметки участкового терапевта

Т.В. Шишкова

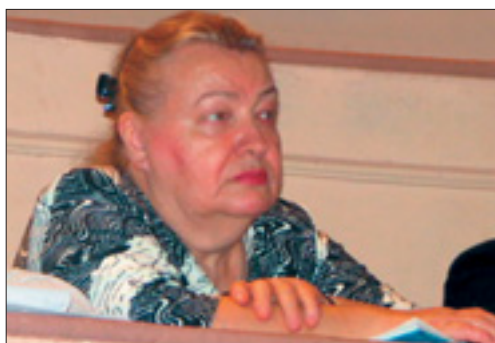
Участковый терапевт, поликлиника № 64 ВАО г. Москвы

харному диабету, висцеральному туберкулёзу и опыт по научному обобщению этих знаний. Этот багаж оказался востребованным, особенно в настоящий период, когда ставится задача увеличения числа врачей, способных объединить медицину в новом качестве — продолжительного и всеобъемлющего медицинского наблюдения с акцентом на подготовку врачей, оказывающих первичную медицинскую помощь.

В прессе высказывалось нелепое представление, что так называемый семейный врач будет работать в поликлинике вместо терапевта, педиатра, невропатолога, гинеколога, отоларинголога и других специалистов. Это — фельдшеризм. Подобные «специалисты» уместны при обслуживании ограниченного контингента (корабль, экспедиция, маленький населённый пункт). Всё-таки прогресс медицины идёт по линии разделения труда. В то же время, участковый терапевт, будучи, по существу, семейным врачом, должен нести ответственность за судьбу «своего» пациента, быть готовым выступать его адвокатом при назначении кем-либо из консультантов спорной терапии или опасных методов исследования.

К концу профессиональной жизни появились чисто физические ощущения, когда пальцы тянутся к перу, а перо — к бумаге. Возникла мысль написать книгу. Не могу не процитировать классика: «После холеры и сибирской язвы сочинительство — самая заразная болезнь в России». У меня возникла мысль написать книгу «Записки участкового врача», которая действительно — не скучная книга. А.И. Воробьев назвал её необычным явлением как в литературе медицинской, так и в научно-популярной. Книга строится на надежном, добротном клиницизме, без ненужных противопоставле-

ний инструмента врачу: они неразделимы. В реальной врачебной практике четкие рекомендации по клинике и диагностике, описываемые в литературе, бывают размыты огромным многообразием отдельных случаев, складывающихся нередко в замысловатые сюжеты.



Пройдя все эти круги «высшего» медицинского образования я вернулась в участковую терапию. Это решение осознанное. Я — человек быстрых и самостоятельных действий. И в этом плане работа участкового терапевта вполне соответствует моему характеру, т. к. именно действия участкового терапевта исключительно самостоятельны, они не зависят от рекомендаций и суждений, высказанных консультантами.

В прессе высказывалось нелепое представление, что так называемый семейный врач будет работать в поликлинике вместо терапевта, педиатра, невропатолога, гинеколога, отоларинголога и других специалистов. Это — фельдшеризм. Подобные «специалисты» уместны при обслуживании ограниченного контингента (корабль, экспедиция, маленький населённый пункт).

Я вернулась на участок, перед дверью моего кабинета вновь скапливаются больные, которых раньше отсыпала к другим. Восстановление наших отношений было воспринято ими положительно, кто-то даже сказал вслух: «Вы — наш любимый врач!»

ИнтерНьюс

Плюнь в пробирку и все о себе узнаешь

Журнал Time опубликовал TIME's Best Inventions of 2008 — рейтинг 50 лучших изобретений 2008 года. На первой строчке в этом списке — методика индивидуального генетического тестирования, разработанная калифорнийской компанией 23andMe. 23andMe — не единственная фирма, предлагающая ДНК-тестирование, но ее услуги являются общедоступными и недорогими. Всего за 399 долларов любой желающий может получить по почте пробирку для сбора образца слюны, переслать пробу в компанию и получить (на основании анализа шестисот тысяч генетических маркеров) заключение о более чем 90 характеристиках своей наследственности, от относительно безобидных (например, предрасположенности к облысению), до очень серьезных (вероятности потерять зрение). И хотя сейчас многие специалисты сомневаются в целесообразности такого тестирования и высказывают опасения по поводу последствий разглашения настолько интимной информации, персональная геномика уже вступила на путь революционного развития, и задернуть раскрытый занавес уже не удастся. Поэтому первопроходцы персональной геномики несомненно заслужили звание авторов лучшего изобретения 2008 года.

Источник: портал «Вечная молодость»
www.vechnayamolodost.ru

Глухих в России не будет

К 2012 году все младенцы в России, родившиеся с глухотой, получат возможность нормально слышать. Об этом сообщила на брифинге директор Департамента развития медицинской помощи детям и службы родовспоможения Минздравсоцразвития Валентина Широкова. Новорожденные будут подвергаться специальной хирургической операции, полную стоимость которой оплатит федеральный бюджет. Для этого в Минздравсоцразвития разработана специальная программа. В ее рамках уже выполняется около 500 операций в год по вживлению детям, страдающим двусторонней сенсорной глухотой, специального миниаппарата — кохлеарного имплантата, который позволяет вернуть слух. «Такие миниаппараты закупаются за рубежом, и общая стоимость операции — 785 тыс. рублей. После вживления миниаппарата необходима большая реабилитационная работа», — заявила Широкова. По ее словам, с экономической точки зрения «такой подход в три раза дешевле, чем пожизненная оплата ребенку обычных слуховых аппаратов, обучение его в спецшколе и решение других связанных с недостатком медицинских и социальных проблем». По данным Минздравсоцразвития, ежегодно в России рождаются глухими 1,5—2 тыс. детей, еще столько же приобретают глухоту позднее. К 2012 году, как уверяет Широкова, все дети в России, родившиеся с этим врожденным недостатком, будут обеспечены слуховыми миниаппаратами. В 2008 году на оказание высокотехнологичной медпомощи детям из федерального бюджета будет затрачено 4,1 млрд рублей, к 2010 году планируется увеличить эту цифру до 5,7 млрд.

Источник: GZT.ru

Поляки оказались самыми здоровыми жителями Центральной Европы

Самое здоровое население Центральной Европы проживает в Польше, показало исследование, проведенное университетом британского города Лестер. Несмотря на то, что словаки и чехи живут дольше поляков, уровень их здоровья является более низким. По данным исследователей, 50-летний поляк сможет прожить еще 29 лет, из которых 18,5 лет состояние его здоровья будет оцениваться как хорошее. А поляка того же возраста проживет еще 31 год, и 20 из них — в добром здравии. Для сравнения, 50-летний эстонец сможет прожить еще 23 года, из которых лишь девять лет будет оставаться здоровым. Несмотря на то, что поляки — самые здоровые люди в регионе, уровень их здоровья значительно не дотягивает до аналогичного показателя у жителей Западной Европы. Так, по статистике, у 50-летнего датчанина впереди еще 32 года жизни, из которых 23 года уровень его здоровья будет удовлетворительным. По мнению специалистов, причиной этого является различие в достатке — бедные люди не могут должным образом следить за состоянием здоровья. Уровень здоровья населения в первую очередь зависит от образа жизни: активности, диеты, курения, утверждает польский профессор-социолог Станислава Голиновска. По ее словам, в Польше уровень здоровья населения значительно вырос в 90-х годах. Важную роль в этом сыграло повышение доступности медицинской помощи, а также сокращение потребления крепких алкогольных напитков и лишних калорий, считает профессор.

Источник: medlinks.ru

II Евразийский конгресс по фармакоэкономике и управлению качеством в здравоохранении

О. Борисенко

В конце ноября 2008 года в Казахстане прошел ряд мероприятий в рамках II Евразийского конгресса по фармакоэкономике и управлению качеством в здравоохранении. В г. Астана 25—26 ноября прошли пленарное и научное заседания конгресса, школа по клинико-экономическому анализу МОООФИ.

На научной секции был представлен российский опыт — доклады проф. П.А. Воробьева «Экономика справедливости», проф. М.В. Авксентьевой «Оценка медицинских технологий», к.м.н. Д.В. Лукьянцевой «Система стандартизации в здравоохранении РФ», О.В. Бо-



Озеро Боровое

помощи пожилым людям (доц. Д.К. Туребеков), результаты клинико-экономических исследований в кардиологии и пульмонологии (проф. Т.З. Сейсембеков, проф. Д.С. Нугманова, Е.Д. Щетинина, Б.Б. Абдахина), результаты исследования качества жизни больных после протезирования суставов (Б.Е. Тулеубаев).

СВЕТСКАЯ ХРОНИКА

Резолюция II Евразийского конгресса «Проблемы фармакоэкономки, клинико-экономического анализа и управления качеством медицинской помощи»

С 25 по 26 ноября 2008 года в г. Астана (Казахстан) состоялся II Евразийский конгресс «Проблемы фармакоэкономки, клинико-экономического анализа и управления качеством медицинской помощи».

Цель проведения конгресса — обсуждение проблем в области фармакоэкономических исследований и оценки качества медицинской помощи.

Участники конгресса констатируют, что проблеме фармакоэкономических исследований и вопросам оценки и управлению качеством медицинской помощи, а также связанным с ними вопросам рационального использования лекарственных средств, оценки медицинских технологий, стандартизации в здравоохранении в странах СНГ до сих пор не уделяется должного внимания.

В связи с вышеизложенным участники II Евразийского конгресса «Проблемы фармакоэкономки, клинико-экономического анализа и управления качеством медицинской помощи» считают необходимым:

1. Ввести в образовательные программы в рамках непрерывного профессионального усовершенствования менеджеров здравоохранения, экспертов, практикующих врачей вопросы клинико-экономического анализа, медицины, основанной на доказательствах, рационального использования лекарственных средств, оценки медицинских технологий, стандартизации в здравоохранении.
2. Обеспечить через СМИ ознакомление медицинской общественности с проблемами фармакоэкономки, доказательной медицины, с вопросами оценки и управления качеством медицинской помощи, использования лекарственных средств, стандартизации в здравоохранении и необходимости разработки эффективных индикаторов качества медицинской помощи, реально отображающих клиническую практику.
3. Провести обсуждение с точки зрения медицины, основанной на доказательствах, протоколов диагностики и ле-

чения заболеваний Республики Казахстан совместно с врачебными ассоциациями и обществами пациентов.

4. Развивать службу клинической фармакологии в организациях здравоохранения, широко использовать ее ресурсы для рационального использования лекарственных средств, проведения фармакоэпидемиологических и фармакоэкономических исследований.

5. Для снижения лекарственной устойчивости к антимикробным средствам просить Комитет фармакологического контроля МЗ РК ввести рецептурную продажу антибиотиков. Необходимо создание системы микробиологического мониторинга резистентности распространяемых патогенов в Республике Казахстан, введение микробиологической паспортизации медицинских организаций.

6. Крайне важным является изучение качества жизни больных с различными заболеваниями, расчет показателей стоимости года качественной жизни. Примером подобной работы являются проведенные МОООФИ исследования эпидемиологии и качества жизни больных с наследственными коагулопатиями и рассеянным склерозом. В Казахстане проводится изучение качества жизни больных, перенесших вмешательство по замене суставов. Результаты исследования эпидемиологии заболеваний могут стать основой формирования регистров пациентов. Необходимо продолжить изучение качества жизни при различных заболеваниях.

7. Учитывая специфику гематологических заболеваний и опыт стран дальнего и ближнего зарубежья, необходимо в Республике Казахстан создание Гематологического центра, что устранил распыление средств по областным отделениям и обеспечит оказание качественной медицинской помощи гематологическим больным.

8. Обеспечить подписку на журнал Евразийского Альянса фармакоэкономических обществ на 2009 год.

9. Провести III Евразийский конгресс «Проблемы фармакоэкономки, клинико-экономического анализа и управления качеством медицинской помощи» в июне 2010 года в г. Семипалатинске, Казахстан.

Уважаемые господа!

В 2008 году издательство «Ньюдиамед» начало выпуск нового журнала

ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА И КЛИНИЧЕСКАЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Журнал продолжает линию «Международного журнала медицинской практики», прекратившего издание в 2007 г. (<http://www.mediasphera.ru/journals/practik/>). Эта линия состоит в последовательном продвижении в медицинскую практику научных эпидемиологических подходов. Цель журнала — сделать решение всех вопросов медицинской практики и управления здравоохранением основанным на добросовестных научных данных; сделать медицину, основанную на научных доказательствах, реальностью нашей жизни.

В журнале:

- информирование читателей о наиболее важных исследованиях в медицине и общественном здоровье;
- освещение ключевых вопросов методологии медицинских исследований в доступной для врачей форме;
- самые высокие стандарты объективности и независимости информации;
- уделение особого внимания:
 - > вопросам общемедицинского значения;
 - > информационному обеспечению врачей;
 - > информационной поддержке решений;
 - > средствам эффективного использования информации в обеспечении деятельности врачей и медицинских организаций.
- освещение проблем, представляющих важность для врачей всех специальностей.

Главным объединяющим фактором является внимание к качеству исследований, к научной обоснованности предлагаемых решений.

Подписаться на наш журнал вы можете:

1. Через агентство РОСПЕЧАТЬ, каталог «ГАЗЕТЫ И ЖУРНАЛЫ» Индекс журнала — 19413.
2. Через редакцию журнала, заполнив бланк-заказ и оплатив указанную сумму (журнал высылается по Вашему адресу в конверте).

Бланк-заказ на подписку журнала на 2009 год в редакции (журнал высылается по Вашему адресу в конверте).
Ваш адрес просим указывать ПЕЧАТНЫМИ буквами.

Ф.И.О. подписчика	Почтовый адрес доставки (индекс обязательно)	1 полугодие		2 полугодие	
		1	2	3	4
Номера журнала					
Цена одного номера в руб.					
		600	600	600	600
ИТОГО (впишите сумму):					
НАШИ РЕКВИЗИТЫ: Банк получатель: АКБ «Стратегия» (ОАО), ИНН 770 224 522 0, БИК 044 579 505, КПП 770 201 001, К/с 301 018 100 000 000 005 05, Р/с 407 028 105 000 000 004 85.					

Квитанцию о переводе оплаченной Вами суммы и бланк-заказ высылайте по нашему адресу: 115446, Москва, Коломенский проезд, 4, а/я 2, Издательство «Ньюдиамед». При необходимости, издательство выставляет счет. Тел./факс: (499) 782-31-09, (495) 609-13-57. E-mail: mtpndm@dol.ru, balch@dol.ru, www.zdravkniga.net, www.zdrav.net, www.rspor.ru.

- В платежном поручении и в почтовом переводе обязательно указать:
- в графе «Получатель» — ООО «МТП Ньюдиамед»;
 - в графе «Назначение платежа» — адрес доставки;
 - стоимость дана с учетом НДС (10%).

Начало на стр. 1 ↗

Я вернулась на участок, перед дверью моего кабинета вновь скапливаются больные, которых раньше отсылали к другим. Восстановление наших отношений было воспринято ими положительно, кто-то даже сказал вслух: «Вы — наш любимый врач!» Но не в этом дело. Люди хотят стабильности, чтобы, сдав анализы, или, получив рекомендации, при повторном обращении не оказаться перед запертой дверью, в положении никому не нужного.

Идя на вызов, вижу во дворе пожилую женщину с коляской. Помню, что были проблемы с деторождением у её дочери. Спрашиваю, от кого внук, от сына или от дочери? Ответив односложно, женщина тут же спрашивает: «Вы снова к нам? Ну, слава Богу». Это — любовь.

Поднимаюсь по лестнице с одышкой, мысленно чертыхаясь, потому что в этот день все вызовы на высокие этажи без лифта. Звоню в квартиру и слышу собачий лай. В таких случаях предупреждаю голосом: «Уберите собаку». Но меня, видимо, не расслышали. Дверь открылась, и огромная черная лохматая собака (выше овчарки) бросилась на меня. Передние лапы животного оказались на моих плечах, шумное дыхание и лай мне в лицо. Я испугалась и закричала что-то неуважительное в адрес собаки и её хозяев. Собаку отогнали. Вхожу в квартиру, меня встречает женщина с неожиданно развившейся недостаточностью кровообращения, большими отеками. Вида меня всего второй раз и, зная, что на участке давно не было врача, она вдруг говорит: «Я хотела, чтобы пришли именно Вы». Такое мне никто никогда не говорил, ни дома, ни на работе. Это — любовь. Моей усталости и раздражения как не бывало. Я — на крыльях. Назначаю всю обойму положенных в таком случае лекарств: 5—6 рецептов, вопреки требованиям страховой компании выписывать не более двух, потому что знаю, иначе не поможешь.

Здание нашей поликлиники уникальное, одно из первых, построенных при советской власти для медицинских целей, сам Семашко его открывал когда-то. Высокие потолки, просторный холл, полукруглые окна, на втором этаже вместительная аудитория. В этом помещении 40 лет тому назад состоялся мой первый «научный» доклад. Нужно было провести мероприятие. Мне поручили сделать сообщение на любую тему. И вот я стою на трибуне. Молодая, стройная, на макушке голубой бантик, и, ничтоже сумняшеся, прочитав пару каких-то статей, вещаю о том, что гормоны — очень вредные вещества, применять их в поликлинике не стоит. После доклада А.И. Воробьев, который при этом присутствовал, тепло поблагодарил меня за сообщение, крепко пожал руку и сделал свои комментарии, совершенно противоположные тому, о чём говорила я. Так началось моё вхождение в науку и учёба, которая не прекращалась ни на один день.

Могла ли я думать тогда, что через 40 лет буду присутствовать в этом зале на собрании коллектива, перед которым была поставлена задача решить вопрос о профпригодности одного из заместителей главного врача? Меня этот вопрос поставил в тупик, но, как всегда в таких случаях, нашлись смельчаки, которые быстро и энергично решили эту проблему. Доктору поставили в вину следующее: запоздала с отчетом на 3 дня, при проверке в её отсутствие нашли только текущую документацию, не нашли архивной, кому-то когда-то сказала, что он занял её место, слишком придирчива при контроле в объёме своих полномочий. И вообще: «Мы не хотим с ней работать, что нам теперь, увольняться?» — говорили молодые смеющиеся коллеги.

Поскольку всё это происходило в присутствии сестёр, которые сидели молча, не зная, зачем их сюда позвали, высокоуважаемого начальника отдела кадров, а также руководителя компьютерной службы, то всё это по своей бессмысленности очень напоминало 53-й год, «Дело врачей». Если тогда всё решалось просто: всех «виноватых» — в тюрьму (нет человека — нет проблем), то сейчас так нельзя. Поэтому собрание приняло решение создать комиссию по проверке деятельности. Интересно, кто войдёт в состав этой комиссии? Я бы предложила одну из санитарок как представителя рабочего класса в медицине. И.А. Кассирский в своих беседах когда-то комментировал «Дело врачей», он сказал, что самый большой вред этого мероприятия заключается в том, что навсегда подорван авторитет белого халата. Я застала это время (конец 50-х годов), когда послевоенные «травматики», приходя в по-

ликлинику, размахивали костылями и кричали врачам: «Вы — убийцы!»

Как в таких случаях поступал шеф? Прецедент был. Хирург, делавший комиссуротомию, случайно поранил коронарную артерию, её перевязали, развился инфаркт миокарда, женщина погибла. Случай разбирается на патологоанатомической конференции, председательствует академик И.А. Кассирский. Он дал свою оценку всему случившемуся. Но когда страсти накалились, и он увидел поднятые руки, сжатые в кулак, то сказал врачам: «Не нужно друг в друга стулья бросать!»

Вспомним события недавнего времени, операцию президента. Обе стороны — заложники обстоятельств. В книге «Президентский марафон» Б.Н. Ельцин описывает эти события так: «Я больной но безнадежный, но врачи 100% успеха гарантировать не могут. Много отрицательных факторов. Они говорят: «50/50... Хотите, сказали они, сделайте за границей, хотите — здесь. Предупреждаем заранее, в России опыта меньше, за границей есть хорошие клиники, где шунтирование вообще на потоке. Зато здесь будет комфортнее... И, вообще, российского президента должны оперировать наши». ...Это было для меня ещё одно тяжёлое испытание. Я был сторонником жесткой позиции (очень распространённой в советские времена): чем меньше народ знает о болезни главы государства, тем ему, народу, спокойнее. ...Здесь, в Завидове, я принял окончательное решение: да, расскажу всё, как есть. Я дал интервью. Помню, запнулся. Трудно было произнести: «Операция на сердце». Произошло всё это 5 ноября. Страна затихла, ожидая вестей из операционной. Многие решения, проекты, инвестиции были приостановлены — «до выздоровления». Ну, кто хочет вкладывать деньги в коммунистов — всё-таки 50/50. Началась операция в восемь утра. Надо думать, что обстановка в операционной была особенно драматической, как в той песне поётся:

Взлетает красная ракета,
Бьёт пулемёт неутомим.
И, значит, нам нужна победа,
Одна на всех, мы за цену не постоим.

В случае неблагоприятного исхода акции не только российский медицины, но и всей страны рухнут вниз, за рубежом скажут: «Ну что за дикари такие, своего президента вылечить не могут, стоит ли с ними иметь дело, вкладывать в них деньги?»

Нас ждёт огонь смертельный
И всё же бесилен он,
Сомнения прочь, уходит в ночь отдельный
Ударный наш, десантный батальон...

Кончилась операция в 14. О ходе самой операции мне писать особо нечего — лежал на столе. Своих хирургов, всех врачей во главе с Ренатом Акчуриным, не забуду никогда. Правильный был выбор — оперировать дома. Родные лица помогают. И точно помогают. Не забуду и американского хирурга Майкла Дебейки, который на мониторе отслеживал весь ход операции. Я потом разговоривал с ним, шутил и всё смотрел в его глаза. Как же мне захотелось быть таким же, как он в свои 85, — живым, весёлым, абсолютным оптимистом, который всем нужен и знает всё про эту жизнь! Он одним своим видом поставил передо мной эту цель — 85! Но до счастливой старости нужно ещё дожить...

На этом можно было бы и остановиться, всё-таки слово президента должно быть последним. Но жизнь постоянно подсказывает продолжение, потому что жизнь не останавливается, она бесконечна по своей сути. По телевизору была показана передача, в которой любимый М.М. Жванецкий ведёт диалог со своим коллегой. Одна из тем такая: «Врач — профессия особая». Вы заметили, что в последнее время в глазах и словах Михаила Михайловича появилась грусть, и предположили банальные причины — возраст и болезни. Сам Михаил Михайлович рассказывает о своих взаимоотношениях с медициной следующее:

- врач покопался в моём глазу и вынул грусть из одного глаза, а в другом она осталась;
- когда нам трудно, мы идём к врачу и просим таблетки для решения наших проблем;
- мы зависим от того, что скажет врач, пускай плохой врач; как он скажет, так и будет;
- с возрастом наша дружба с врачами будет крепчать.

На этой не совсем оптимистичной ноте я закончу. Будьте здоровы!

ИнтерНьюс

Ботаник друг хулигана

Как показало научное исследование социальной сети учащихся средней школы, выполненное Frank Weertman из Нидерландского центра изучения преступности и правопорядка (NSCR), в школе «примёрные» учащиеся, а также подростки, совершающие незначительные или же серьёзные деликты, контактируют между собой значительно больше, чем считалось раньше. Материалом исследования были примерно 1500 учащихся средней школы, которые заполнили электронные анкеты. Участники исследования могли с помощью перечня фамилий точно указать, с кем они общаются в школе. Так как анкету заполнили все, оказалось возможно буквально нанести на карту «дружеские сети». Учащиеся также отметили, нарушали ли они закон в течение последнего года, в частности по 12 позициям правонарушений, приведенным в анкете. Это доказанный метод изучения криминального поведения, незарегистрированного полицией. Анализ полученных данных показывает, что сеть друзей (в привязке к криминальному поведению) оказывается более разнообразной, чем считалось раньше на основании ответов подростков о своих друзьях. Как выяснилось, подростки часто думают, что их поведение похоже на поведение их друзей («ничего такого не сделал»), хотя в реальности это часто не так. Это значит, что в школе подростки имеют дело с разными моделями поведения. Учитывая, что данное исследование социальной сети учащихся займет не один год, можно впоследствии посмотреть, как со временем поменяются друзья и изменятся модели поведения молодых людей. Эти данные помогут дальше исследовать роль дружеских отношений в формировании криминального поведения.

Источник: www.solaris-info.ru

Особо вредный загар

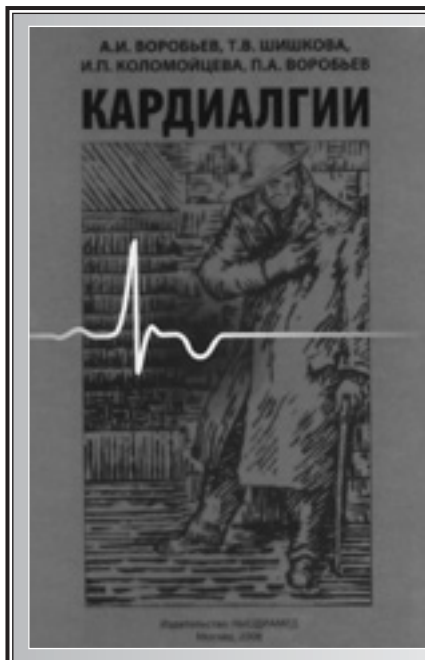
Надзорные органы Великобритании предупреждают о небезопасности инъекционного препарата меланотан, стимулирующего выработку меланина в клетках кожи. Нелегальные интернет-аптеки и некоторые салоны красоты продают меланотан в качестве средства, вызывающего искусственный заггар. Название «меланотан» объединяет два синтетических аналога меланоцитоиндуцирующего гормона, контролирующего синтез пигмента меланина в клетках кожи. Оба вещества вызывают пигментацию кожи без воздействия ультрафиолетового излучения. Кроме того, одно из них, так называемый меланотан II, повышает либидо и вызывает эрекцию. Сейчас обе версии препарата проходят клинические испытания в качестве средств лечения некоторых болезней кожи. Меланотан II также исследуется как перспективный препарат для лечения импотенции. По данным британского Агентства по надзору за лекарствами и продукцией медицинского назначения (MHRA), ряд недобросовестных предпринимателей предлагают покупателям приобрести меланотан для придания коже желаемого бронзового оттенка. «Курс» ежедневных инъекций рекомендуется продолжать в течение недели, а при необходимости — повторять его. Как отмечается в сообщении Агентства, меланотан не был зарегистрирован в Великобритании и где-либо еще в мире, так что состав и происхождение продаваемых британцам препаратов остаются неизвестными. Известны также и возможные побочные эффекты, связанные с длительным применением лекарства. На данный момент представители MHRA связались с 18 компаниями, замеченными в реализации незарегистрированного лекарства. Всем им рекомендовано немедленно прекратить незаконную деятельность.

Источник: medportal.ru

118 дней без сердца

14-летняя американка прожила 118 дней без сердца с помощью импровизированного приспособления, сконструированного трансплантологами. По словам девочки, в течение этого времени она чувствовала себя «ненастоящим человеком». Весной этого года у ДиЖаны Симмонс из Клинтона, штат Южная Каролина, было обнаружено прогрессирующее увеличение камер сердца, из-за которого орган не мог обеспечить достаточную циркуляцию крови. Причина такого увеличения и его характер (утолщение или растяжение) не сообщается; теоретически оно может возникнуть на почве кардиомиопатии или пороков сердца. Девочка была направлена в Детскую больницу Хольца в Майами, штат Флорида, где ей произвели пересадку сердца. Однако в пересаженном сердце образовался массивный тромб, угрожающий жизни девочки, из-за чего оно было удалено через два дня после операции. Чтобы поддержать кровообращение ДиЖаны, хирурги сконструировали временное искусственное сердце из специальной ткани, соединенной с двумя насосами, изначально предназначенными для поддержания работы левого желудочка сердца (ventricular assist devices). Наружная часть этого устройства имеет размер среднего копировального аппарата. В ожидании нового сердца девочке пришлось быть подключенной к нему в течение 118 дней. Половину этого периода она не могла дышать самостоятельно, а также перенесла острую почечную и печеночную недостаточность и желудочное кровотечение. 29 октября, когда состояние юной американки стабилизировалось, она перенесла вторую пересадку сердца, на этот раз успешную. В настоящее время она может самостоятельно ходить, и после окончания реабилитационных мероприятий ее выписали из больницы. Врачи оценивают шансы на потребность в повторной пересадке (ресурс донорских органов не очень велик) до 30-летнего возраста как один к одному.

Источник: gzt.ru



КАРДИАЛГИИ

4-е издание, переработанное и дополненное

А.И. Воробьев, Т.В. Шишкова,
И.П. Коломойцева, П.А. Воробьев

Издательство НЬЮДИАМЕД
2008 г.

Книга посвящена кардиалгии — симптому очень многих болезней, в большинстве не связанных с собственно патологией сердца. В ней описаны клиника, диагностика и лечение при кардиалгии, возникающей вследствие болезней нервной системы, желудочно-кишечного тракта, опорно-двигательного аппарата, некоторых поражений сердечной мышцы (при гипотиреозе и тиреотоксикозе), алкогольная и медикаментозная кардиопатия, кардиалгия при пролапсе митрального клапана. Особое внимание уделено климактерической кардиопатии — наиболее частой причине болевого синдрома, который приходится дифференцировать с синдромами коронарной недостаточности. В 4-м издании (1-е издание вышло в 1973 г., 2-е — в 1980 г., 3-е — в 1998 г.) материал существенно переработан и дополнен.

Книга рассчитана на терапевтов, кардиологов, гинекологов, психиатров и врачей других специальностей.

ИнтерНьюс

Бабушки, учите физику

В сентябре 2008 г. в Управление внутренних дел по Советскому району Челябинска обратилась пенсионерка с заявлением о хищении у нее денежных средств. Суть преступления состояла в том, что домой к женщине под видом врача пришел мужчина и предложил купить «уникальный аппарат» для лечения различных заболеваний. Пенсионерка приобрела аппарат за 14 500 рублей. Когда она похвасталась покупкой перед соседями, они объяснили ей, что чудодейственный аппарат представляет собой обычный вольтметр — относительно недорогой прибор для измерения напряжения электрического тока. Однако в возбуждении уголовного дела женщине было отказано за отсутствием состава преступления. Через некоторое время заявление пенсионерки попало к прокурору того же района, который потребовал отменить незаконное постановление об отказе в возбуждении уголовного дела. По его мнению, действия шарлатана являются преступлением, предусмотренным частью 1 статьи 159 УК РФ (мошенничество). По факту преступления возбуждено уголовное дело. В отношении сотрудников УВД проводится проверка по факту незаконного отказа в возбуждении уголовного дела.

Источник: medportal.ru

Интернет вместо врача

Как показало новое исследование, Интернет в настоящее время вытесняет врачей как главный источник информации о здоровье и лекарствах для пациентов в США, в то время как в Европе многие представители взрослого населения с большей вероятностью прибегают к поиску, чем посещают сайты о здоровье, впервые обратившись к поиску подобной информации. Согласно исследованиям Manhattan Research более 145 млн. взрослого населения США в настоящее время пользуются Интернетом для изучения информации о здоровье. Охват медицинской помощью и даже обычные визиты к врачу стали менее доступными для многих американцев. Интернет в 2008 году вышел на первое место как помощник для людей, независимо от способов лечения. Компаниям необходимо понять, как пациенты пользуются Интернет-источниками для дополнения и замещения медицинской информации из традиционных источников, так как в трудные экономические времена новые средства массовой информации способны предложить затратные-эффективные способы достижения и привлечения целевой аудитории. Тем временем европейские потребители лекарств с возрастающей силой пользуются поисковыми механизмами и объединенной on-line энциклопедией (Wikipedia) для того, чтобы заполнить пробел, созданный широко распространенным в регионах запретом на рекламу, направленную непосредственно на пациентов, для поиска информации о заболеваниях, симптомах и методах лечения, которые соотносятся с их языком и местом проживания. 157 млн. взрослых европейцев воспользовались поиском информации в Интернете в последние 12 мес., и многие отметили, что они сначала воспользовались поисковым механизмом, а не пошли напрямую на сайт, посвященный здоровью. Сайт Wikipedia ранжируется как наиболее посещаемый сайт по теме здоровья в большинстве европейских стран, по результатам опроса Manhattan, и Manhattan предупреждает компании, работающие в сфере здоровья, о необходимости мониторить местные сайты Wikipedia, чтобы убедиться, что бренды и другие продукты представлены тщательным образом, особенно потому, что большая часть европейских потребителей полагают, что они уже так и поступают.

Источник: e-lek@healthnet.org

Медведев предоставил военным право на психологическую реабилитацию

Президент России Дмитрий Медведев подписал Федеральный закон «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам медико-психологической реабилитации военнослужащих», принятый Государственной Думой 15.10.08 и одобренный Советом Федерации 27.10.08. Федеральным законом предусматривается внесение изменений в статью 51 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22.07.93, в статьи 11 и 16 Федерального закона от 27.05.98 «О статусе военнослужащих» и в статью 19 Федерального закона от 06.03.06 «О противодействии терроризму». Отныне отдельным категориям военнослужащих после выполнения ими учебно-боевых задач, неблагоприятно отражающихся на состоянии здоровья, предоставлено право на медико-психологическую реабилитацию и профилактический отдых. При этом за ними сохраняется право на ежегодное обеспечение санаторно-курортным лечением.

Источник: GZT.ru

ПРОТОКОЛЫ МГНОТ

ПРОТОКОЛ ПЛЕНАРНОГО ЗАСЕДАНИЯ МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ от 09.04.2008 г.

Сопредседатели секции: академик РАН и РАМН
А.И. Воробьев, член-корр. РАМН Е.Е. Гогин

Секретарь: О.В. Борисенко

Повестка дня:

1. Проф. О.В. Зайратьянц (главный патологоанатом Департамента здравоохранения г. Москвы).

Неблагоприятные последствия диагностики и лечения. Врачебные ошибки и ятрогении

Неблагоприятные последствия лечения известны под разными названиями: ятрогении, врачебные ошибки, несчастные случаи в медицине. С кем, как и где обсуждать эту проблему? Негативный образ медицины в СМИ и общественном сознании — самая опасная «ятрогения» в общегосударственном масштабе. Необходимо создать положительный образ здравоохранения в СМИ, принять меры по защите прав врачей и пациентов, повысить юридическую грамотность врачей и пациентов. Любое медицинское мероприятие — это неизбежный риск, особенно в условиях дефицита времени, информации и оборудования. В МКБ-9 звучит определение: ятрогения — осложнения медицинских мероприятий в результате как ошибочных, так и правильных действий врача. Любые нежелательные или неблагоприятные последствия профилактических, диагностических, терапевтических вмешательств либо процедур, которые приводят к нарушениям функций организма, привычной деятельности. Существует две группы ятрогений: первая, наибольшая — реализованный неизбежный риск, вторая — результат ошибочных действий (врачебной ошибки). Самостоятельные действия пациентов и воздействия немедицинского характера не являются ятрогениями. Не расцениваются как ятрогении и случаи поздней госпитализации, запоздалой диагностики и диагностические ошибки.

Ятрогения и врачебная ошибка — это принципиально разные понятия. Медицинская ошибка — это профессиональная ошибка медицинского работника, добросовестное заблуждение врача, она не предусматривает ответственности и наказания. В США — встречается около 10 000 врачебных ошибок в год, а затраты на них — свыше 3 млн. долл. США. Ятрогения и врачебная ошибка — это научные, но не юридические термины. Юридические понятия: реализованный риск, вина по неосторожности, небрежности, халатности.

В уголовном кодексе прописана презумпция невиновности медицинского персонала, но в гражданском кодексе обратная ситуация — презумпция виновности медицинского персонала. Ятрогении присутствовали всегда. Проблема сформировалась в 60–70-е годы, после скандалов: эстрогены при беременности — аномалии половых органов у детей, рентгенотерапия тимуса — рост числа опухолей щитовидной железы, «эликсир сульфаниламида» — 108 летальных исходов.

В 2004 г. 57-я всемирная ассамблея здравоохранения определила приоритетную задачу — радикальное увеличение безопасности лечения. Основные аспекты ятрогений — это медицинский и социально-правовой аспекты. Задачи медицины — профилактика и лечение ятрогений. Ятрогенная патология должна быть признана как синтетический раздел клинической патологии, необходимо коллегиальное решение по каждому случаю ятрогении. Важно понимать, что не только медицинские мероприятия, но и индивидуальные показатели реактивности приводят к развитию ятрогений. Основные причины пандемии ятрогений: научно-технический прогресс («агрессивность» медицинского воздействия), демографический сдвиг (постарение населения), экологические факторы, изменение индивидуальной реактивности. Субъективные причины: рост значения «человеческого фактора» в медицине (необходим эргономичный под-

ход к организации медицинского труда), узкая специализация, недостаточная квалификация, определенные черты характера (профессиональная пригодность). Частоты ятрогений: 16% всех госпитализированных больных (Австралия), 4–28% госпитализированных больных (Великобритания, США, Канада). И это только часть айсберга! Наибольшая частота — скоромощные стационары, реанимации. Причины ятрогений различны: 23% — плохое взаимодействие между персоналом и пациентом, 23% — вмешательство других врачей, 22% — субъективные ошибки при принятии решений и др. Нивелирующие факторы: своевременное вмешательство врача, участие пациента в лечении, ожидание положительного исхода, хорошее физическое состояние больного и др. Ятрогении у детей — минимальные, после 40 лет — нарастание, а также нарастание после 70 лет.

В России ятрогении: 3% — Москва, 6,5% — Челябинск, 1% — Санкт-Петербург. В Москве из причин — большая роль человеческого фактора в условиях дефицита времени, оборудования, информации. Также имеет значение недостаток преемственности в оказании медицинской помощи. Недостаточная информированность пациента и непонимание лечения, разнообразные лекарственные ятрогении — основная масса, 1/3 развилась при соблюдении стандартов (руководств), из них 50% было предотвратимо. Среди лекарственных ятрогений: неверный выбор препарата — 30%, ошибка в прописи — 22%, ошибка в назначении — 18%, побочные действия — 13%, аллергия — 11%, ошибка в выдаче — 10%, неверная доза — 10%.

Среди вмешательств ятрогении развивались при диагностических процедурах в 7% случаев, при лечебных — в 93%. Из них половина — травматические (57%), гнойно-септические — 43%. Треть ятрогений не диагностируется при жизни. В Москве первое место заняли осложнения пункции и катетеризации вен (16%). В роддомах запретили катетеризация подключичной вены, только яремной. И впервые — ни одного случая смерти или тяжелых осложнений.

Вопросы к докладчику:

Вопрос А.И. Воробьева: Что делать?

Ответ: Мы должны работать, учиться. Скажу за патологоанатомов — мы не знаем клинической фармакологии, других вещей. Без взаимодействия с терапевтами мы не справимся. При опросе половина клиницистов отвечает, что вскрытия не нужны. То есть и клиницисты не дорабатывают.

Комментарий А.И. Воробьева: Сейчас велика специализация в клинике, а патологоанатом универсален. Откуда он должен все знать? Власти об этом знают не хотят. Патологоанатом не может быть универсален.

Вопрос: Сегодня родственники могут отказаться от вскрытия. Как решать многие клинические «повисшие» проблемы?

Ответ: Патологоанатомическая служба 20 лет борется с законодательством, которое стоит на таком понимании прав человека. Сейчас есть форма официального бланка, который люди подписывают, основываясь на фантастических религиозных воззрениях. Но религия не запрещает вскрытия. Это удивительная ситуация! Она пока неразрешима. В США процент вскрытия — 15–16%, в Москве — 60%. Крупнейшие клиники почти догнали США — вскрывают 16% больных. Сегодняшняя проблема — ритуальные организации дают на родственников, просят ускорить процедуру. Врач делает в день 3–4 вскрытия. В США вскрытие делают 2 дня. Наши вскрытия такого низкого качества, что их можно не делать. Половину органов не обследуем, половина сделана неправильно. Ведь в Москве 200 патологоанатомов! На 12-миллионный город! Нужно вскрывать не всех, а серьезные или запутанные случаи. С введением страховой медицины, когда больницы получают до 5000 рублей за вскрытие, стало мало больниц, которые отпускают умершего без вскрытия. Эта экономическая сторона вопроса помогла «удержать» процент вскрытия. Также это юридическая защита больницы в дальнейшем. В Москве есть 3 больницы, в которых вскрывают 100% умерших.

Продолжение на стр. 7 ↗

СНОВА!

Как получить нашу газету?

СНОВА!

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, а/я 2, МТП Ньюдиамед
Газета высылается БЕСПЛАТНО

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: Р.А. Хальфин, О.В. Шарапова, Е.П. Какорина, В.В. Мадьянова, А.А. Ходунова, Д.В. Лукьянцева, П.А. Воробьев, М.В. Авксентьева 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 С МНОЖЕСТВЕННЫМИ ТРАВМАМИ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ ПОЛОСТИ

1. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА

Категория возрастная: взрослые

Нозологическая форма: множественные травмы органов грудной полости

Код по МКБ-10: S 27.7

Фаза: острое состояние

Стадия: первое обращение

Осложнение: вне зависимости от осложнений

Условие оказания: скорая медицинская помощь

Утверждено
приказом Министерства здравоохранения
и социального развития Российской Федерации
от 5 сентября 2006 г. № 644

1.1. ДИАГНОСТИКА

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A 01.31.009	Сбор жалоб и анамнеза общетерапевтический	1	1
A 01.31.010	Визуальный осмотр общетерапевтический	1	1
A 01.31.011	Пальпация общетерапевтическая	1	1
A 01.31.016	Перкуссия общетерапевтическая	1	1
A 01.31.012	Аускультация общетерапевтическая	1	1
A 02.09.001	Измерение частоты дыхания	1	1
A 02.10.002	Измерение частоты сердцебиения	1	1
A 02.12.001	Исследование пульса	1	1
A 02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	1
A 05.10.001	Регистрация электрокардиограммы	1	1
A 05.10.007	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных	1	1

1.2. ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА 30 МИНУТ

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A 01.31.009	Сбор жалоб и анамнеза общетерапевтический	1	1
A 01.31.010	Визуальный осмотр общетерапевтический	1	1
A 01.31.011	Пальпация общетерапевтическая	1	1
A 01.31.016	Перкуссия общетерапевтическая	1	1
A 01.31.012	Аускультация общетерапевтическая	1	1
A 02.09.001	Измерение частоты дыхания	1	1
A 02.10.002	Измерение частоты сердцебиения	1	1
A 02.12.001	Исследование пульса	1	1
A 02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	1
A 25.03.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях костной системы	1	1
A 11.12.003	Внутривенное введение лекарственных средств	1	1
A 11.09.008	Ингаляционное введение лекарственных средств и кислорода	1	1
A 05.10.001	Регистрация электрокардиограммы	1	1
A 05.10.007	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных	1	1
A 11.09.007	Эндотрахеальное введение лекарственных средств	0,5	
A 11.08.011	Установка воздуховода	0,5	1
A 14.08.004	Отсасывание слизи из носа	1	1
A 15.03.010	Иммобилизация при травме позвоночника	1	1
A 11.08.009	Интубация трахеи	0,1	1
A 16.09.011	Искусственная вентиляция легких	0,6	1
A 16.09.029	Аспирация воздуха из плевральной полости	0,05	1
F 05.01.02	Транспортировка пациента службой скорой медицинской помощи вне медицинского учреждения (организации)	1	1

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД**	ЭКД***
Анальгетики, нестероидные противовоспалительные препараты, средства для лечения ревматических заболеваний и подагры			1		
	<i>Ненаркотические анальгетики и нестероидные противовоспалительные средства</i>		0,4		
		Лорноксикам	0,5	8 мг	8 мг
		Кеторолак	0,5	30 мг	30 мг
	<i>Наркотические анальгетики</i>		0,6		
		Морфин	1	10 мг	20 мг
Растворы, электролиты, средства коррекции кислотного равновесия, средства питания			0,5		
	<i>Электролиты, средства коррекции кислотного равновесия</i>		1		
		Натрия хлорид	1	400мл	400 мл
	<i>Препараты плазмы</i>		1		
		Декстроза	1	400 мл	400 мл
Средства, влияющие на сердечно-сосудистую систему			0,1		
	<i>Вазопрессорные средства</i>		1		
		Допамин	0,25	10 мг	10 мг
		Норэпинефрин	0,25	4 мг	4 мг
		Эпинефрин	0,25	0,25 мг	0,25 мг
		Добутамин	0,25	250 мг	250 мг
Средства для лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта			1		
	<i>Спазмолитические средства</i>		1		
		Атропин	1	0,5 мг	1 мг
Средства, влияющие на центральную нервную систему			1		
	<i>Анксиолитики (транквилизаторы)</i>		0,1		
		Диазепам	1	10 мг	80 мг

* – Анатомо-терапевтическо-химическая классификация.

** – Ориентировочная дневная доза.

*** – Эквивалентная курсовая доза.

СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ОБМОРОКОМ (СИНКОПЕ) И КОЛЛАПСОМ

1. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА

Категория возрастная: взрослые, дети**Нозологическая форма:** обморок (синкопе) и коллапс**Код по МКБ-10:** R55**Фаза:** острое состояние**Стадия:** первое обращение**Осложнение:** вне зависимости от осложнений**Условие оказания:** скорая медицинская помощь

Утверждено
приказом Министерства здравоохранения
и социального развития Российской Федерации
от 4 сентября 2006 г. № 631

1.1. ДИАГНОСТИКА

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A 01.31.009	Сбор анамнеза и жалоб общетерапевтический	1	1
A 01.31.010	Визуальный осмотр общетерапевтический	1	1
A 01.31.011	Пальпация общетерапевтическая	1	1
A 02.12.001	Исследование пульса	1	1
A 01.31.016	Перкуссия общетерапевтическая	1	1
A 01.31.012	Аускультация общетерапевтическая	1	1
A 02.10.002	Измерение частоты сердцебиения	1	1
A 02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	1
A 02.09.001	Измерение частоты дыхания	1	1
A 01.23.004	Исследования чувствительной и двигательной сферы при патологии центральной нервной системы	1	1
A 05.10.001	Регистрация электрокардиограммы	1	1
A 05.10.007	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных	1	1

1.2. ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА 30 МИНУТ

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A 01.31.009	Сбор анамнеза и жалоб общетерапевтический	1	1
A 02.12.001	Исследование пульса	1	1
A 02.10.002	Измерение частоты сердцебиения	1	1
A 02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	1
A 02.09.001	Измерение частоты дыхания	1	1
A 25.31.001	Назначение лекарственной терапии при неуточненных заболеваниях	1	1
A 11.12.003	Внутривенное введение лекарственных средств	1	1
A 11.09.008	Ингаляционное введение лекарственных средств и кислорода	0,2	1
A 09.05.003	Исследование уровня общего гемоглобина в крови	1	1
F 05.01.02	Транспортировка пациента службой скорой медицинской помощи вне медицинского учреждения (организации)	0,5	1

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД**	ЭКД***
Средства, влияющие на сердечно-сосудистую систему			0,5		
	<i>Вазопрессорные средства</i>		1		
		Фенилэфрин	1	5 мг	10 мг
Средства для лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта			0,2		
	<i>Спазмолитические средства</i>		1		
		Атропин	1	1 мг	2 мг
Средства, влияющие на центральную нервную систему			0,1		
	<i>Анксиолитики (транквилизаторы)</i>		1		
		Диазепам	1	10 мг	80 мг

* – Анатомо-терапевтическо-химическая классификация.

** – Ориентировочная дневная доза.

*** – Эквивалентная курсовая доза.

СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ГЕМАТУРИЕЙ

1. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА

Категория возрастная: взрослые, дети**Нозологическая форма:** неспецифическая гематурия**Код по МКБ-10:** R 31**Фаза:** острое состояние**Стадия:** первое обращение**Осложнение:** вне зависимости от осложнений**Условие оказания:** скорая медицинская помощь

Утверждено
приказом Министерства здравоохранения
и социального развития Российской Федерации
от 4 сентября 2006 г. № 627

1.1. ДИАГНОСТИКА

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A 01.31.009	Сбор анамнеза и жалоб общетерапевтический	1	1
A 02.31.001	Термометрия общая	1	1
A 01.31.010	Визуальный осмотр общетерапевтический	1	1
A 01.31.011	Пальпация общетерапевтическая	1	1
A 01.31.016	Перкуссия общетерапевтическая	1	1
A 02.10.002	Измерение частоты сердцебиения	1	1
A 02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	1

1.2. ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА 30 МИНУТ

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A 01.31.009	Сбор жалоб и анамнеза общетерапевтический	1	1
A 02.10.002	Измерение частоты сердцебиения	1	1
A 02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	1
F 05.01.02	Транспортировка пациента службой скорой медицинской помощи вне медицинского учреждения (организации)	1	1

Начало на стр. 4 ↗

Вопрос: Как выдается справка, если причиной смерти явилась ятрогения?

Ответ: Если смерть наступила явно в результате дефектов оказания помощи — в справке о смерти это записывается, как основная причина смерти. Во всех остальных случаях — это записывается в осложнение, сопутствующее заболеванию. И пока для статистики нужна только одна причина — основное заболевание, это не фигурирует в статистике.

Вопрос: Как обстоит ситуация с ятрогениями в частных клиниках?

Ответ: Если гибель наступает в коммерческом учреждении, вскрытие проводится в бюро судебно-медицинской экспертизы. Качество лечения не улучшилось, количество ятрогений выросло. Меня пугает реклама липосакции! Все делается в ужасных неподходящих условиях. У нас не в частных клиниках забыто, что больного нужно выхаживать. В частных клиниках выхаживание лучше.

Вопрос: Как правильно формулировать причину смерти?

Ответ: Прошу Вас обратиться к патологоанатому. Лет 10 назад было — причина смерти, заболевание, которое привело к смертельному исходу. Если мы ставим причину — просто ИБС, то это в дальнейшем идет шифр 9 — неуточненные причины.

Вопрос: Вы согласны с тем, что качество вскрытий низкое? Многие клиницисты видели это своими глазами!

Ответ: Вы сейчас меня процитировали. Помогите нам это наладить! Как только специалисты-клиницисты требуют диагностики, требуют обеспечить качество вскрытий — все появляется.

2. Н.Е. Шкловский-Корди (ГНЦ РАМН)

Право пациента на информацию

Лечебные ошибки, которые можно предотвратить — причина 98 000 смертей в США ежегодно. Во Франции несовместимость лекарств приводит к 128 000 госпитализаций ежегодно. Информированное согласие не является универсальным инструментом борьбы за качество или безопасность врача. Сегодня на каждое медицинское действие нужно информированное согласие: 1-е — на хранение персональных данных. Сегодня действуют 4 закона, которые регламентируют эти вопросы, однако разобраться в них очень сложно. Положительный шаг — создание ГОСТа «Электронная история болезни. Общие положения». Сегодня печатная история болезни не выдерживает объема исследований, обследований, изображений. Одной из основных причин медленного внедрения информационных технологий является отсутствие доверия к электронным документам. Возможным решением является ведение электронной истории болезни, распечатка и подписывание ее при выписке больного. Возникает вопрос: как быть с документом, поступившим по электронной почте. Предлагается концепция «ответственного пациента», когда он отвечает за сбор, хранение, использование персональных медицинских данных. Медицинские работники несут ответственность за содержание подписанных ими данных. Сегодня электронная история болезни позволяет интегрировать все данные о пациенте.

Вопросы к докладчику:

Вопрос: Не преждевременен ли перевод всех данных в электронный вид? Ведь история болезни — это еще и юридический документ.

Ответ: Катастрофы последних лет показали, что электронные записи сохраняются.

Вопрос: Известно, что перед отправкой к прокурору печатную историю болезни можно «причесать». А как с электронной историей болезни?

Ответ: Изменение документа после подписи невозможно — это подделывание, и система это отследит.

Вопрос: Наши народные умельцы подделывают и подписи. Смогут ли подделывать записи в электронной истории болезни?

Ответ: Все деньги мира хранятся в электронных базах данных по всему миру. Это подтверждает надежность электронных систем хранения данных.

Вопрос: Как обеспечить конфиденциальность информации?

Ответ: Электронная подпись гораздо надежнее письменной. И каждое учреждение должно принять свои правила защиты информации. Электронная история болезни позволит сохранить все медицинские данные за жизнь. Электронная форма хранения гораздо надежнее печатной.

Вопрос: Если поступает запрос на изъятие истории болезни, как быть?

Ответ: Она распечатывается, подписывается и бумажная версия является юридическим документом.

Выступление П.А. Воробьева: По поводу безопасности — в поликлинике ФСБ ведутся электронные записи на всех пациентов. И нет никакого доступа к этим данным. ФАПСИ делало систему защиты для банков, и никто туда не залезает: 15 лет существует система электронного документооборота в банках и ничего с ней не случается. Сейчас мы в тупике: если электронного документооборота не появится в ближайшее время, то медицина умрет. Сегодня все врачи на участках занимаются выпиской тысячи рецептов вручную. Это невозможная ситуация! Далее — операции нужно записывать на CD, и хранить. Это обязательно для обеспечения качества медицинской помощи. Мы внимательно изучали документы по защите персональной информации, они ужасные, но там есть позиции, которые, по-видимому, говорят о том, что медицина к этим правилам не относится.

Выступление: Что касается электронных историй болезни: Вам приятнее общаться с родными по телефону или за накрытым столом? У нас есть образ врача сидящего у постели больного и размышляющего о его болезни. А сегодня врач сидит у компьютера и только анализирует результаты исследований. Сегодня утрачивается искусство медицины! Я говорю о клинических специальностях: стандартизация в них невозможна.

Выступление А.Г. Савченко: Нам нужно не забыть при внедрении электронных историй болезни право пациента на выбор врача. Также у электронной истории болезни нет интегральной функции. Резюме должно писаться от руки. Меня волнует «оремесленничество» медицины, мы утрачиваем интегративные функции.

Выступление: Ятрогения — важнейший индикатор качества оказания медицинской помощи. В нем заинтересованы врачи, больные, органы управления здравоохранением. Когда эти данные неумело используются — они превращаются в «дубинку» против врачей. Это может привести к сворачиванию работы в этой области. Ятрогения не должна расцениваться врачами как причина карательных мероприятий. Нужно выработать общие позиции, чтобы данные о ятрогениях работали на нас всех. Хотел бы поддержать П.А. Воробьева — мы захлебываемся в информации, если мы не перейдем на электронный уровень, то надо ждать катастрофы. Компьютер не будет думать за нас. Но мы должны владеть информацией, чтобы ею управлять. Этот разговор должен быть продолжен на междисциплинарном уровне.

Заключение председателя: Вы когда-то от нас, господа-патологоанатомы, отпочковались. Давайте почаще заседать вместе! Ятрогения была, есть и будет. Мы когда-то ввели понятие «цитостатическая болезнь». При программном лечении онкологических заболеваний ятрогения неизбежна, но другого пути нет. При некоторых видах лечения, существует стандартный процент летальных исходов. Не может производитель лекарств учесть все возможные генетические нарушения, которые приводят к тяжелым осложнениям лечения. При чем здесь врач? То же относится к нашему эпизоду смертей военнослужащих в частях. Там же случаи редких нарушений гемостаза. При чем здесь врач? По поводу решения поставленных сегодня вопросов: никто за нас ничего не решит! За все отвечаем мы! Нужно садиться и писать письма. Давайте работать вместе! Нужно писать письма об обязательности вскрытий. Все члены ЦК КПСС вскрылись и вопросов о необходимости не возникло! Второе письмо нужно продумать — патанатом не может быть универсальным. Нужно работать в этом направлении. Давайте говорить о специализации.

ИнтерНьюс

Я пьян? Вам показалося

Верховный суд РФ своим решением отменил два пункта в «Инструкции по проведению медицинского освидетельствования на состояние опьянения лица, которое управляет транспортным средством», на основании которых врачи могли признавать водителя нетрезвым даже в том случае, если в его крови не были обнаружены вещества, вызывающие опьянение. В действие этот документ вступил в силу задним числом — с 28 октября. До этого момента врачи, проводившие медицинское освидетельствование водителей, могли вынести заключение об «опьянении неустановленным веществом» в том случае, если проведенные тесты не дали положительных результатов, но у водителя при этом присутствуют клинические признаки опьянения — запах алкоголя изо рта, неустойчивость позы, нарушение речи, резкое изменение окраски кожных покровов лица, поведение, не соответствующее обстановке. Теперь признать водителя пьяным только на основании клинических признаков не получится — суд посчитал, что если веществ, вызывающих опьянение не обнаружено, то и считать водителя нетрезвым нельзя.

Источник: medportal.ru

Одно лечим...

Женщины, которые начинают проведение ЭКО (экстракорпорального оплодотворения) в возрасте после 30 лет более подвержены развитию в будущем рака молочной железы. Оценку отдаленных рисков после проведения лечения бесплодия методом ЭКО пока нельзя назвать до конца изученной. В Израиле провели исследование, в котором определили факторы риска развития рака молочной железы у женщин, проходивших лечение бесплодия методом ЭКО, а также определили особенности опухолей (стадии развития, строение и т. п.). За период 1984—2002 гг. последовательно в исследование было включено 7162 женщины, проходившие лечение методом ЭКО. В группы сравнения вошли 28 пациенток с имевшимся в анамнезе лечением методом ЭКО, у которых впоследствии развился рак молочной железы и по которым имели место наиболее полные данные для анализа, 140 пациенток после лечения методом ЭКО не имели рака молочной железы и составили вторую группу сравнения. Параметры опухоли были оценены у 38 пациенток с раком молочной железы и имевшимся в анамнезе проведением ЭКО и 114 женщин соответствующего возраста с раком молочной железы, но не имевших в анамнезе проведения лечения бесплодия методом ЭКО. Возраст старше 30 лет при первой попытке ЭКО явился единственным значимым фактором в повышении риска развития рака молочных желез. Не было выявлено различий по другим факторам и по особенностям опухолей в группе женщин с раком молочной железы, которые либо подвергались, либо не имели в анамнезе процедуры проведения ЭКО. Таким образом, начало лечения бесплодия методом ЭКО в возрасте старше 30 лет является, возможно, фактором, способным увеличивать риск развития рака молочной железы.

Источник: Breast J. 2008

Молодым везде у нас дорога

«Уголки безопасности» — специальные комнаты для матерей с детьми, а также 17 комнат безопасности на конечных станциях городского наземного транспорта — появятся на 60 станциях столичного метрополитена, сообщила заместитель мэра Москвы, глава комплекса социальной сферы Л. Швецова. По ее словам, в этих комнатах мамы смогут передеть ребенка, покормить его, поменять памперс. Кроме того, эти комнаты будут оснащены специальным медицинским оборудованием, там будут работать медсестры, которые при необходимости смогут измерить давление, сделать укол, предоставить необходимую медицинскую помощь. Уголки безопасности на конечных остановках наземного транспорта в Москве откроются уже к концу первого квартала 2009 г. Швецова отметила, что в метро эти пункты будут несколько меньше. Во всех вагонах поездов будет размещена информация, на каких станциях метро работают «уголки безопасности», добавила заммэра. Она также сообщила, что для удобства матерей специальные комнаты для детей появятся во всех городских поликлиниках для взрослых. В этих комнатах мамы, которые приходят на прием к врачу и не имеют возможности оставить с кем-то ребенка, смогут оставить свое чадо под присмотром медсестры, а затем без очереди, мимо пенсионеров, пройти к врачу.

Источник: Mta.ru

КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ И ФАРМАКОЭКОНОМИКА

Издательство «Ньюдиамед»

Подписаться на наш журнал вы можете:

1. Через агентство РОСПЕЧАТЬ, каталог «ГАЗЕТЫ И ЖУРНАЛЫ» Индекс журнала — 70182.
2. Через редакцию журнала, заполнив бланк-заказ и оплатив указанную сумму (журнал высылается по Вашему адресу в конверте).

Бланк-заказ на подписку журнала на 2009 г. в редакции (журнал высылается по Вашему адресу в конверте). Ваш адрес просим указывать ПЕЧАТНЫМИ буквами.



Журнал «Клиническая фармакология и фармакоэкономика»						
2009 г.						
Ф.И.О. подписчика	Почтовый адрес доставки (индекс обязательно)	1 полугодие		2 полугодие		
		1	2	3	4	5
Номера журнала						
Цена одного номера в руб.						
		400	400	400	400	400
ИТОГО (впишите сумму):						
НАШИ РЕКВИЗИТЫ: Банк получатель: АКБ «Стратегия» (ОАО), ИНН 770 224 522 0, БИК 044 579 505, КПП 770 201 001, К/с 301 018 100 000 000 005 05, Р/с 407 028 105 000 000 004 85.						

Квитанцию о переводе оплаченной Вами суммы и бланк-заказ высылаете по нашему адресу: 115446, Москва, Коломенский проезд, 4, А/Я 2, Издательство «Ньюдиамед». При необходимости, издательство выставляет счет. Тел./факс: (499) 782-31-09, (495) 609-13-57 E-mail: mtpndm@doi.ru, balch@doi.ru, www.zdravniga.net, www.zdrav.net, www.rspog.ru.

В платежном поручении и в почтовом переводе обязательно указать:

- в графе «Получатель» — ООО «МТП Ньюдиамед»;
- в графе «Назначение платежа» — адрес доставки,
- стоимость дана с учетом НДС (10%).

ИнтерНьюс

А что будут финансировать производители шоколада и хозяева фаст-фудов?

Чего только не выдумывают наши депутаты. В Госдуму внесен законопроект, обязывающий производителей алкогольной продукции финансировать оказание медпомощи алкоголикам и социальную рекламу о вреде пьянства. Как пояснил автор проекта закона, член комитета Госдумы по экономполитике и предпринимательству В. Звагельский, при расчете обязательных целевых отчислений на такую медпомощь предлагается брать за основу «физический объем безводного этилового спирта, содержащегося в произведенной алкогольной продукции». Ставку такого отчисления депутат предлагает установить в размере 10 рублей за один литр. «Такая мера не вызовет сколь-нибудь заметного подорожания продукции (+2 руб. к цене бутылки крепкого алкоголя) и, следовательно, не ударит по кошелькам граждан», — заверил он. «Сейчас расплачиваться за пагубную страсть приходится самим гражданам, причинившим вред своему здоровью, и государству, которое принимает на себя обязательства по медицинской и социальной реабилитации таких граждан», а благодаря предложенным мерам, «уровень медицинской профилактики и медобслуживания в спецстационарах существенно возрастет», — пояснил Звагельский необходимость появления такого закона.

Источник: АМИ-ТАСС

Нас не запугать и не задобрить

Сахарный диабет 2-го типа характеризуется высоким риском возникновения сосудистых осложнений, на которые расходуется 12—15% годового бюджета на здравоохранение в развитых странах. Медицинская общественность всего мира инициировала проект, направленный на борьбу с этими осложнениями. Для этого был организован Проект R3i (Residual Risk Reduction Initiative). Проект R3i был основан в Швейцарии, как некоммерческий фонд, который будет руководить проектом R3i и нести ответственность за развитие и управление средствами, полученными на поддержку этого проекта. Компания Солвей Фарма (Solvay Pharma) первой поддержала проект R3i и выделила грант на образовательные цели, который позволил Фонду начать серию исследований и образовательных программ R3i в 2008 г., в том числе и на Американской Ассоциации Сердца. Политика и программы R3i развиваются и контролируются Советом попечителей и Независимым международным руководящим комитетом, который состоит из всемирно признанных ведущих ученых в области сосудистых заболеваний со всей Европы, Северной Америки и Азии. В ближайшее время проект R3i начнет свою работу и в России, где ситуация с диабетом 2-го типа ещё более сложная, чем в мире. В России 30% бюджета на здравоохранение расходуется на диабет, причем более 90% из этих средств идет на лечение осложнений этого заболевания. В России около 8 млн. больных диабетом, причем около 85% из них еще не подозревают, что у них есть это заболевание. По различным оценкам, ежегодно в России более 50 000 пациентам проводят ампутации по причине диабета, более 200 000 пациентов уже полностью потеряли зрение, более 400 000 пациентов в 2007 году умерли по причине осложнений, связанных с диабетом. Цель проекта R3i — максимальное снижение количества инвалидирующих и фатальных макро- и микрососудистых осложнений у пациентов с диабетом 2-го типа, которые проявляются: ишемической болезнью сердца, диабетической ретинопатией, нефропатией, а также ампутациями.

Источник: mta.ru

Новые ростки политкорректности в Швеции

Министерство здравоохранения Швеции постановило исключить трансвестизм, фетишизм и садомазохизм из официального списка заболеваний и психических расстройств. Представители Национального совета по социальному обеспечению (National Board of Welfare) заявили, что приравнивание этих аспектов сексуального поведения и половой идентичности к заболеваниям способствует развитию предвзятого отношения в обществе. Руководитель совета Ларс-Эрик Хольм (Lars-Erik Holm) добавил, что намерен вернуться к этому вопросу на международном уровне, когда Всемирная организация здравоохранения займется обновлением классификаций заболеваний. Активисты движения за права сексуальных и гендерных меньшинств уже заявили о том, что приветствуют новое решение минздрава Швеции.

Источник: gzt.ru

В последний день октября 2008 г. скончался главный детский хирург Москвы, академик РАМН, заслуженный врач РФ Вахтанг Немсадзе, работавший в Детской клинической больнице имени Филатова. Умер он скоропостижно, вечером, на 84-м году жизни. Казалось бы, ничего необычного в этой смерти нет, пожилой человек... Что тревожит душу. Но! Умер известный врач на улице, в центре города Москвы, и оказывали ему помощь прохожие, скорая приехала спустя полчаса. Так давайте ругнем скорую за ее неспешность и неторопливость, что и сделала племянница погибшего врача в эфире «Эха Москвы».

В эти часы ехал я на мотоцикле — последний теплый день сезона обещали, сезон закрыть надо — по третьему злополучному кольцу Москвы. Смеркалось, шел небольшой дождь. Третье кольцо, как обычно в эти часы, стояло. То есть не намертво стояло, а так, еле двигалось. Но на мотоцикле получалось гораздо шустрее, чем на машине, пробираясь между рядами или вдоль тротуара. Проехал я таким образом от Сокольников до Беговой минут за тридцать—сорок.

В шлеме становятся слышны все звуки, которые не слышишь в машине за закрытыми стеклами. И все запахи, хотя не про них речь. Все время параллельно со мной, надсадно воя сиреной, ехала «скорая помощь». Сигнал она не выключала, мигала и фарами и спецсигналами на крыше, да еще в матюгальник водитель пытался расчистить дорогу. Куда там: прорвется на 2—3 машины — стоит, потом еще немного рыпнулся — стоит. И так — полчаса. Ехала машина, как выяснилось, в Боткинскую, но вместо 5 минут — около часа. А потом ей ведь надо отсюда выехать на дорогу обратно.

А навстречу шли еще несколько машин «скорой помощи», тоже с непрерывно включенными сиренами, в некоторых местах — по 2—3 машины друг за другом — паровозиком. И сзади меня пробиралась еще одна скорая, которая меня не догнала, но я ее периодически слышал. Рев сирен, как предсмертный крик раненой птицы, он разрывает уши. Но очерствелых душ водителей это крик не достигает, водители неподвижны и не делают попыток освободить проезд для машин, везущих больных или спешащих на помощь к умирающим. Водителям невдомек, видимо, что они сами через некоторое время окажутся на месте тех, кто вызвал «скорую», и будут ругать всех и вся, клясть нашу медицину. Но такие же водилы будут не пропускать карету «скорой помощи». Что это — тупость, душевная черствость?

Друзья, нас, народ, отучили думать о других. Пересажив большую часть общества, вырастив поколения сидельцев (кто не сидел — тот охранял), продолжая плодотворно жителям «мест лишения свободы» (сидит больше миллиона, и вдвое больше — ждут суда в СИЗО, а это 2% населения постоянно в застенках), мы привили бесчеловечные законы тюрьмы: умри сегодня ты, а завтра я. Главное, что я — завтра, а уж как ты сегодня — не мое дело. Мне ведь надо проехать, меня жена (муж) дома ждет. А тут путаются какие-то больные. Прочь с дороги.

Ежедневная картина у ворот нашей больницы: ворота расположены аккурат напротив заезда на рынок. И в воротах разворачиваются все, кто едет на рынок.

Там светофор, машины толпятся в проезде перед воротами. И — конечно — никто не пропускает в ворота «скорую». Хотя въезд этот только для скорой, но попасть ей туда не удается, драгоценные минуты уходят на ожидание рассасывания пробки.

В мире для проезда скорой и пожарной машин выделена специальная полоса. Если по ней идет спецтранспорт, то машины должны разбежаться (полоса, кстати, вторая, средняя). Штраф за то, что не уступил — огромный, да пожарная просто ткнет в зад — и шшел вон. А у нас по спецполосам ездят только «великие», к ним отношение водителей — соответствующее. И оно проецируется на весь спецтранспорт с мигалками. Тем более, что про любовь водителей к гайцам можно слагать стихи, дописывая Манас.

Но кроме выделенных полос не продуманы и подъезды к больницам, которые расположены около колец и трасс. Для того чтобы заехать в Боткинскую или Склиф с внутренней стороны соответствующих колец, нужно проделать специальные упражнения в пробках. Въезды — в тесных переулках, которые нередко перегорожены пробками. И парамедки на мотоциклах или мотороллерах могли бы решить многие проблемы пробок. Много говорилось нами про необходимость ставить машины скорой в таких местах, из которых она может быстро доехать до пострадавшего или заболевшего. Что-то сделалось, машины выехали на посты ГАИ на МКАД, но в городе ничего не меняется. И, кажется, это ответственность не врачей, а городских (а может быть и федеральных?) властей. Что-то с народом нашим «не того», и с властями — «не того». Очнемся ли?

ОБЩИЙ АНАЛИЗ

от П. Воробьева

МЕДЛИТЕЛЬНАЯ СКОРАЯ ПОМОЩЬ

ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ: НЕОТЛОЖНАЯ ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА

Б.П. Богомолов

Издательство НЬЮДИАМЕД

2007 г.



Книга завершается главой, посвященной принципам лечения инфекционных больных, уходу, питанию, реабилитации. Рекомендуется семейным врачам, инфекционистам, терапевтам, врачам скорой помощи, профильных специальностей, клиническим ординаторам и аспирантам клинических кафедр.

Заявки на приобретение можно направлять по адресу:
115446, Москва, Коломенский пр., д. 4, а/я 2, МТП НьюДиамед
Тел/факс (499) 782-31-09 E-mail: mtpndm@dol.ru
Подробности на сайтах www.zdrav.net и www.zdravkniga.net

АНТИРЕКЛАМА

Резистентность к аспирину встречается у 10—30% больных и сочетается с неблагоприятным прогнозом. Мета-анализ результатов рандомизированных клинических исследований показал, что наименьшей эффективной дозой простого аспирина является 75 мг/сут. Однако до сих пор неизвестно, столь же эффективны ли такие же дозы кишечнорастворимых лекарственных форм аспирина, которые в последние годы получили широкое распространение. Анализ 3 исследований по биоэквивалентности различных форм аспирина на здоровых добровольцах показал, что 3 разные кишечнорастворимые формы аспирина (Nu-Seals, Caprin, Protek) значительно ($p < 0,001$) менее эффективны, чем простой аспирин в диспергируемой форме, тормозят агрегацию тромбоцитов в ответ на тромбоксан A_2 (D. Cox и соавт., 2006). Неэффективность терапии (подавление агрегации на тромбоксан $A_2 < 95%$) наблюда-

лась у 13% человек, получавших кишечнорастворимые формы аспирина, но ни у одного человека, получавшего простой аспирин ($p = 0,011$). Неполное подавление агрегации тромбоцитов в ответ на тромбоксан A_2 (<99%) отмечено у 8% человек, получавших простой аспирин, и у 54,3% человек, получавших кишечнорастворимые формы аспирина ($p = 0,0004$). Расчеты показывают, что, принимая 75 мг аспирина в кишечнорастворимой форме, больной в действительности получает дозу, эквивалентную 50 мг простого аспирина, кардио- и церебропротективная эффективность которой не доказана.

Таким образом, в эквивалентных дозах (75 мг) кишечнорастворимые формы аспирина не столь эффективны, как простой аспирин, и значительно чаще вызывают резистентность. Кардио- и церебропротективная эффективность 75 мг аспирина в кишечнорастворимых формах в отличие от такой же дозы простого аспирина не установлена.

Эффективны ли

КИШЕЧНОРАСТВОРИМЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ФОРМЫ АСПИРИНА?

Д.В. Преображенский, С.А. Патарая

От редакции. Автор этих воспоминаний — Валерий Николаевич Сойфер — хорошо известен ученым страны, поскольку в течение ряда трудных лет в России действовала программа по естественным наукам Фонда Сороса, которой он руководил. В. Сойфер — автор идеи срочной финансовой поддержки русских ученых в первые перестроечные годы. В. Сойфер — в недавнем прошлом наш соотечественник, один из последних, претерпевших притеснения от соввласти, и последний, лишенный его гражданства. Известный генетик, ныне профессор университета имени Джорджа Мейсона, США, автор самого полного исследования лысенковщины («Власть и наука»), ряда трудов по истории русской и советской науки. Только в последние два года из печати вышли «Тень Ленина его убила» (биография Дубинина) и «По личному указанию товарища Сталина» (исследование «поздней красной биологии» — Лепешинской и др.). В интернете доступны ряд популярных работ, в том числе «Компашка». Публикуемый текст — фрагмент готовящейся автором к печати «Очень личной книги».

Как Брежнев реабилитировал генетику в СССР

В.Н. Сойфер

А.А. Аграновский вставляет мой абзац о важности генетики и молекулярной биологии в речь Л.И. Брежнева

Когда Т.Д. Лысенко в конце 20-х годов начал обещать руководству страны быстро решить проблемы с производством продуктов сельского хозяйства, его наивные представления стали активно критиковать ученые. Особенно доставалось лидеру «мичуринцев» за его полное непонимание закономерностей генетики. Лысенко нашел простой выход из положения: он заявил, что генетика — это буржуазное извращение, что генетики не понимают главного принципа коммунистов, их веры в скорое и легкое изменение общества, социальных условий, самого человека и, уж конечно, любых животных и растений. Сталин, сам с юности веривший в легкость таких трансформаций всего сущего, активно поддержал взгляды Лысенко. Политбюро ЦК партии в 1948 году одобрило тезис о вредности генетики, и эта наука оказалась в СССР под запретом. Хрущев позже также поверил в правоту Лысенко и поддержал его, продолжая вслед за Сталиным ругать генетиков, а пришедший на смену Хрущеву Брежнев был далек от понимания научных вопросов и следовал партийным установкам прежних лет.

Однако в начале 70-х годов советник Брежнева Андрей Михайлович Александров-Аргентов, готовивший тексты речей для генсека, привлек к их подготовке блистательного журналиста Аграновского. В те годы Анатолий Абрамович рассматривался в стране как «журналист номер один», каждая из его статей становилась событием, и потому приглашение к работе над речами генерального секретаря нельзя было рассматривать иначе как знак того, что вокруг Брежнева стал формироваться коллектив думающих и прогрессивных людей. Хочу также заметить, основываясь на моем многолетнем и близком знакомстве с Аграновским и его женой, что Анатолий Абрамович был человеком одаренным и высоко талантливым. Он получил хорошее образование (закончил исторический факультет, потом училище стрелков-радивов и Высшее авиационное училище штурманов бомбардировщиков), воевал на фронтах Великой Отечественной войны. После войны он резко поменял специализацию: стал художником-мультипликатором, работал помощником кинооператора, ретушером, художником-оформителем, писал сценарии фильмов. Потом произошел еще один качественный скачок в интересах. В конце 50-х годов Аграновский окончил Высшие литературные курсы при Литературном институте им. М. Горького Союза писателей СССР, был принят сотрудником в «Литературную газету», его очерки появились в ведущих литературных журналах «Новый мир» и «Знамя», а с 1961 г. он стал специальным корреспондентом газеты «Известия». Хочу сказать и еще об одном увлечении этого талантливого человека: он нередко брал в руки гитару и пел написанные им самим песни. Таким образом, он был многосторонне одарен от природы.

Я не знаю, каким образом Аграновский пришел к представлениям о вреде лысенковщины для советской страны, возможно решающую роль в его образовании в этом вопросе сыграл его сосед по дому, известный писатель Олег Николаевич Писаржевский. Главный предмет многолетних размышлений Писаржевского заключался в том, чтобы понять истоки и пружины творчества великих ученых. Из-под его пера вышли книги о химике Д.И. Менделееве, геологе и минералогe А.Е. Фермане, математике, механике и теоретике кораблестроения А.Н. Крылове, агрохимике, биохимике и физиологе растений Д.Н. Прянишникове.

Когда я из Тимирязевской сельскохозяйственной академии перешел в МГУ в 1957 г. на кафедру биофизики физфака, Писаржевский часто, почти каждую неделю приглашал меня к себе, благо жил он неподалеку от МГУ, на Ломоносовском проспекте. Теряя время на разговоры со мной, Олег Николаевич преследовал сначала утилитарную цель: ему хотелось узнать поподробнее, что такое биофизика, что составляет предмет возникавшей в те годы молекулярной генетики. Постепенно мы вышли в разговорах на роль Лысенко, и, услышав, что я знал его лично и провел много часов в беседах с ним, Писаржевский буквально вцепился в меня с детальными вопросами о том, что собой представляет Лысенко, в чем заключается противостояние лысенковщины и генетики, почему Лысенко так ожесточенно и злобно отвергал последнюю. Такой интерес писателя был не случайным: ведь по сути Писаржевский первым из писателей в стране нашел способ выступить публично против лысенковщины (опубликовав в альманахе «Год 37-й» большой очерк «Дружба наук и ее нарушения» еще в 1954 г.). Он и в последующие годы всё более целенаправленно и решительно выступал против антинаучной сути лысенковщины. Но в состоявшихся с ним разговорах я понял тогда, что его волнует более широкая проблема — роль

лженауки в советских условиях. Она прочно завладела его умом, и в книге «Прянишников» он сделал тему борьбы с этим флюсом в советской науке центральной.

О.Н. Писаржевский был одержим азартом во всем, что он делал. С небывалой страстью он разыскивал пленки и пластинки джазовых исполнителей. Я помню, как на моих глазах к нему пришли какие-то дама и коренастый мужчина, которые были связаны с польской интеллигенцией, и поведали ему, что в Польше задалась целью разыскать хоть какие-то свидетельства существования в довоенной Польше еврейского джаза; свидетельств этих не осталось, как не осталось в Польше и евреев, полностью высланных оттуда в годы правления Гомулки и при полном согласии с ним польского общества. Писаржевский приставил лестницу к длинной полке, идущей поверх дверей в коридоре его квартиры, и выгнул оттуда коробки с едва ли не полной коллекцией записей исчезнувшего с лица земли польского еврейского джаза. С таким же неподдельным азартом он собирал данные о противостоянии лысенковщины и генетиков.

Повторю, что он опубликовал несколько принципиально важных больших статей о низком научном уровне работ Лысенко и его сторонников. Не удивительно поэтому, что Писаржевского лысенковцы ненавидели люто, но он был настолько талантлив, что бороться им с ним было очень трудно, почти невозможно. Когда Олег Николаевич неожиданно скончался, именно Аграновский опубликовал в «Известиях» 23 января 1965 г. очерк «Науку на веру никто не принимает». В нем были приведены ошеломляющие данные о том, как Лысенко и его помощники, стремясь доказать свою правоту, отпавали телят сметаной в надежде повысить жирность молока, кормили их шоколадным ломом, какого масштаба достигло воровство в хозяйстве Лысенко «Горки Ленинские» («однажды тут списали на корм телятам 1170 кг рыбной муки, — писал автор очерка, — куда же на самом деле делась мука, так и не выяснили. Если рыба молчит, то можете себе представить, как молчит рыбная мука»).

Поэтому я склонен думать, что когда Аграновский стал всё больше времени проводить на госдаче под Москвой, помогая писать выступления генсека, его влияние на людей, работавших с Брежневым, было очень большим. Тогда же он намекнул мне однажды, что он же был автором книги «Возрождение»,



А.А. Аграновский

подписанной именем Брежнева. Наверняка его пониманию пагубности партийного табу на генетику и новые направления биофизики и молекулярной биологии способствовало то, что старший сын Аграновских Алёша поступил на биофак в МГУ и делал дипломную работу в моей лаборатории.

Всё выше сказанное, как я надеюсь, помогает понять, почему в конце концов этот интерес Аграновского привел к появлению в речах генерального секретаря ЦК КПСС ссылки на важность генетики, причем не в отношении развития теории науки, а для решения практических задач сельского хозяйства. Важно подчеркнуть, что упоминание о необходимости молекулярной биологии и генетики для сельского хозяйства меняло коренным образом укоренившееся в советской партийной пропаганде положение о вредности этих направлений.

Произошло это при следующих обстоятельствах: 12 августа 1973 г. Анатолий Абрамович позвонил мне утром домой с госдачи и сказал, что вместе с Александровым-Аргентовым они работают над будущей речью Леонида Ильича Брежнева, которую тот должен произнести на партактиве в Алма-Ате. Как это водится, всё делалось не без спешки, поэтому без лишней предисловий и разъяснений он попросил меня сформулировать абзац о роли генетики в развитии сельскохозяйственного производства. Не кладя телефонной трубки, я набросал на листке такую фразу:

«Сельское хозяйство нуждается в новых идеях, способных революционизировать сельскохозяйственное производство, постоянном притоке фундаментальных знаний о природе растений и животных, которые могут дать биохимия, генетика, молекулярная биология».

Я продиктовал это предложение Анатолию Абрамовичу, а он мне открытым текстом сказал, что сказанное прозвучит в речи Брежнева, которую он произнесет в Алма-Ате 15 августа 1973 г. (в спешке я в общем коряво повторил дважды слово «сельское», но всё так и осталось без изменения — спешка действительно имела место).

Закончив разговор и понимая исключительную важность происходящего, я переписал еще раз продиктованный абзац и отправился в Президиум ВАСХНИЛ к Н.В. Турбину (академик ВАСХНИЛ, видный функционер-лысенковец, известный, однако, тем, что он знал генетику и в 1960-е г. в значительной степени порвал с лысенковщиной). Листочек с моей фразой я отдал ему со словами:

— Положите этот текст в стол, послезавтра он нам понадобится.

Турбин прочел мою фразу, удивился, попытался у меня выведать, зачем это понадобится и почему именно послезавтра, но я разыграл сцену до конца, так и не поведав того, что произойдет через день.

Возможно, сегодня важность прозвучавшего из уст генсека не очень понятна, но в те времена слова и даже интонации генсека значили очень много. А тут Брежнев безоговорочно признал еще недавно запрещенную науку. О впечатлении на

Продолжение на стр. 10

ИнтерНьюс

Выбираем отечественное?

Более половины фальсифицированных препаратов в России составляют подделки зарубежных лекарственных средств. Лидерами по числу подделок в текущем году стали иностранные препараты альбумин, предуктал МВ и эссенциале. Об этом заявила начальник управления организации государственного контроля обращения медицинской продукции и средств реабилитации инвалидов Росздравнадзора В. Косенко. По данным Косенко, подделки отечественных лекарств составляют 45%, зарубежных — 55. Большинство подделок производится на территории РФ, однако фальсифицированные лекарства ввозятся также и из-за рубежа. По данным службы, наиболее часто в 2008 г. выявлялись подделки оригинальных препаратов производства Германии (10%), Бельгии (10%), Венгрии (7%), Польши (7%), Италии (4,5%) и Франции (4,5%). Общее число обнаруженных подделок составляет 0,1% от количества серий, поступающих в обращение. В структуре выявленных фальсифицированных лекарственных средств 15% плазмозамещающие растворы, 9% — ноотропные вещества, 9% — лекарства для лечения сердечно-сосудистых заболеваний, 8% — средства для лечения болезней желудочно-кишечного тракта, 8% — иммуномодуляторы, 6% — противоаллергические средства, 6% — гепатопротекторы. В 2008 г. из оборота было изъято 33 наименования 72 серий фальсифицированных лекарственных средств и 4 наименования 162 серий фальсифицированных субстанций, используемых в производстве лекарств.

Источник: MedPortal

Наркотики — только от государства

Положение с применением наркотиков в амбулаторной практике крайне тяжелое: из-за «гонимой» ведомства по контролю за их оборотом врачи практически перестали их выписывать больным. Соответственно сокращается и производство, особенно препаратов, готовящихся ex tempore. Президент РФ Д. Медведев подписал Федеральный закон, запрещающий приватизацию имущества муниципальных госпредприятий, занимающихся изготовлением наркотических и психотропных веществ. Закон вносит изменения в статью 17 Федерального закона «О наркотических средствах и психотропных веществах». Поправки в статью 17 Госдума приняла 07.11. Совет Федерации одобрил их 12.11.08 Речь идет о российских предприятиях, подлежащих контролю и входящих в список, утвержденный постановлением правительства РФ от 30.06.98. Они занимаются изготовлением внесенных в список наркотических и психотропных веществ, оборот которых в России ограничен и в отношении которых установлены меры контроля в соответствии с законодательством страны и международными договорами РФ. До сих пор законодательство предусматривало, что производство наркотических средств и психотропных веществ в России осуществляется государственными унитарными предприятиями и государственными учреждениями, находящимися в федеральной собственности. Их приватизация запрещена. Изготовлением наркотических средств и психотропных веществ занимается также государственные и муниципальные унитарные предприятия и госучреждения. Однако в законе до сих пор отсутствовала норма о запрете на их приватизацию. В настоящее время в России всего четыре ГУП занимаются производством и изготовлением наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в утвержденный правительством список. Из них два предприятия не производят субстанции, а только выпускают готовые к использованию формы наркотических средств, психотропных веществ или содержащие их лекарственные средства. Еще 170 муниципальных унитарных предприятий имеют лицензию на деятельность, связанную с оборотом наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в правительственный список. Эти предприятия выпускают наркотические лекарственные средства в малых объемах и малых дозировках (для детей), а также по оригинальной рецептуре. В связи с тем, что эти предприятия занимаются только изготовлением готовых лекарственных форм из закупаемых субстанций, существовала опасность их приватизации и сокращения объемов изготовления отечественных наркотических и психотропных лекарственных средств из-за переуплотнения предприятий на выпуск ненаркотической лекарственной продукции.

Источник: GZT.ru, собственные данные

ИнтерНьюс

Дело врачей в Евросоюзе

Согласно опубликованным данным комиссии Евросоюза, в 2008 г. только в больницах вследствие медицинской ошибки пострадало 15 миллионов человек. Комиссар ЕС по вопросам здравоохранения А.Василиу собирается представить планы для расширения прав пациентов. Медицинские ошибки возникли примерно в 10% случаев при обращении за врачебной помощью, сказала комиссар. «Врачебные ошибки — это настоящий вызов для европейской системы здравоохранения». Г-жа Василиу требует от государств-участников Союза улучшения медицинского обслуживания и прав пациентов. «Мы ожидаем, что государства-участники примут во внимание ряд рекомендаций для улучшения безопасности пациентов», — сказала Василиу. — К ним, в частности, относятся упрощение подачи жалобы пациентами в случае медицинских ошибок и возмещение ущерба».

Источник: Портал «Вечная молодость» www.vechnayamolodost.ru

Папусам не до прав человека?

Индонезийские власти намерены принять закон о вживлении микрочипов некоторым категориям ВИЧ-инфицированных жителей провинции Папуа. Чиновники собираются отслеживать перемещение инфицированных лиц, чтобы снизить вероятность распространения инфекции. В соответствии с проектом постановления, микрочипы будут в принудительном порядке вживляться пациентам, отличающимся «активным сексуальным поведением». По словам представителя законодательного собрания Папуа Дж. Мананганга сигнал микрочипов позволит органам надзора отслеживать возможных сексуальных партнеров этих людей. Организации пациентов с ВИЧ обвиняют разработчиков законопроекта в нарушении человеческих прав. Уровень ВИЧ-инфекции в Папуа превышает этот показатель в целом по Индонезии приблизительно в 20 раз. Инфекция распространяется преимущественно половым путем. Среди способствующих росту заболеваемости ВИЧ/СПИДом факторов — устойчивые традиции промискуитета в ряде местных племен и низкий уровень знаний населения о путях распространения и методах профилактики инфекции.

Источник: medportal.ru

С мафией бороться трудно

Глава Роспотребнадзора Геннадий Онищенко: «Законопроект «О техническом регламенте» по табаку, принятый Госдумой во втором чтении, — это компромисс между медиками, которые хотят сделать Россию цивилизованной страной с точки зрения нормативной базы, и распоясавшейся международной табачной мафией». Онищенко напомнил, что законодательство, как североамериканское, так и европейское, очень жесткое в отношении регламента на табачные изделия. «А у нас они производят баснословное количество сигарет — 400 млрд. штук». «В законопроекте записана цивилизованная норма по содержанию смолы и никотина, но избран переходный период на 5 лет, то есть Россия станет цивилизованной страной только через 5 лет», — считает глава Роспотребнадзора. Этот срок излишне долг. «Обещаю вам, что мы сделаем все, чтобы сократить этот срок», — заявил глава ведомства. Вторым важным пунктом Онищенко считает ситуацию с надписями «легкие» и «суперлегкие» сигареты. Такие надписи останутся на сигаретах, «но таким же шрифтом будет написано, что это не значит, что они менее вредные», — сказал Геннадий Онищенко. Третьим пунктом является перечень предупреждающих надписей на табачной этикетке. По мнению Геннадия Онищенко, предложенные законопроектом надписи «никого не пугают». В качестве примера он привел такие неудачные предупреждения, как «Курение влияет на старение кожи» или «Оберегайте детей от курения». Подобные надписи вызывают скептическое отношение. «Что касается старения кожи, — считает он, — то мужиков это мало волнует, а курят в большинстве случаев у нас мужчины». По его словам, медикам удалось добиться только того, чтобы законопроект предусмотрел возможность «органа государства менять эти записи, если они не действуют». Комментируя законопроект в целом, глава Роспотребнадзора отметил, что это только второе чтение, «еще не было третьего чтения, и не высказал свое мнение президент страны».

Источник: АМИ-ТАСС

Начало на стр. 9 ↗

слушателей Брежнева в тот день много лет спустя написал казахстанский журналист Григорий Брейгин:

«В августе 1973 г. в Алма-Ате я присутствовал на встрече тогдашнего генсека Леонида Брежнева с партийным активом Казахстана, где он произнес речь. До сих пор помню потрясение от прозвучавшего в этой речи пассажа о необходимости развития молекулярной биологии и генетики в советской стране. Ведь до этого момента в словарях генетику именовали не иначе как «буржуазная лженаука», а в газетах — «продажная девка империализма». Собственно с алма-атинской речи Брежнева и началась посмертная реабилитация советской генетики, распятой лысенковской сворой». (Григорий Брейгин. Огромное небо — одно на всех. Интернет-журнал «Новая строка. Портал искусств». 31.05.2004).

Поэтому я несколько не удивился, когда через день Турбин, читавший «Правду» с утра вместо молитвы, позвонил мне домой и, задыхаясь от волнения, попросил срочно приехать и объяснить мою прозорливость (по телефону подобные вопросы никто не обсуждал, ни тени сомнения, что телефоны наши прослушиваются, у нас не было; не потому, что мы были диссидентами или уклонистами — просто тотальная слежка за всеми сколь угодно мелкими начальниками стала частью повседневной жизни; тогда и родилась, по сути смешная прическа, после которой все рты закрывались: «Это не телефонный разговор»). Потом Турбин упросил меня представить его Аграновскому, и я привез академика домой к Анатолию Абрамовичу и Галине Федоровне Аграновским. Не думаю, что Турбину удалось извлечь какую-то существенную пользу для себя из этого визита.

Участие в подготовке постановления ЦК КПСС и Совета Министров СССР по молекулярной биологии и молекулярной генетике

Со дня произнесения Брежневым моей фразы, ставшей тогда ритуальной, о пользе генетики и молекулярной биологии, прошло несколько месяцев, когда вдруг в недрах ЦК КПСС было решено срочно подготовить специальное постановление о мощном рывке советской науки в прежде запрещенных областях. Возможно многим будет интересно узнать, что этот перелом в умах партаппаратчиков произошел благодаря работе советской разведки. Дело в том, что крупнейший американский ученый, нобелевский лауреат Пол Берг направил в декабре 1973 г. меморандум президенту США, в котором обосновал необходимость значительного увеличения средств, выделяемых американской администрацией на молекулярную биологию и генетику. Берг писал, что в последнее время стало очевидным, как зависит прогресс медицины (в частности лечение рака) от исследований молекулярных процессов в клетках, какими мощными рывками идут вперед исследования, которые непременно приведут к генной инженерии и генной терапии. Этот документ не предназначался для широкой публики, но каким-то образом советским разведчикам в США удалось заполучить копию письма, она была переслана в Москву, а тут партийные чиновники, узревшие, что тональность генсека в отношении прежде запрещенных областей науки, таких как генетика, поменялась на противоположную, сочли важным переслать документ в Политбюро. Брежнев ознакомился с ним и дал команду начать срочно готовить масштабное постановление ЦК КПСС и Совета Министров СССР по развитию прежде запрещенных в СССР наук. Срочно отделу химической промышленности ЦК партии была спущена команда подготовить это постановление.

Вопросы развития молекулярной биологии и генетики могли затронуть в первую очередь институты Академии наук СССР, Министерств сельского хозяйства и здравоохранения, Главмикробиопрома, потому в отделе химвысокой промышленности решили, что к подготовке постановления надо привлечь представителей именно этих ведомств. От Академии наук тогдашний вице-президент, курировавший химию и биологию, Ю.А. Овчинников отрядил в бригаду по подготовке постановления Бориса Павловича Готтиха (тогда он исполнял роль ученого секретаря Института молекулярной биологии АН СССР и был близок к Овчинникову), а меня в состав этой бригады распорядился включить уже знавший меня как уче-

ного секретаря Совета по молекулярной биологии и генетике ВАСХНИЛ член Политбюро Д.С. Полянский.

Вся группа состояла из 5 человек. Мы собирались в отделе химвысокой промышленности ЦК и подготавливали пункт за пунктом огромное постановление, содержавшее разделы об основных направлениях будущих исследований, о научных коллективах, которым поручалось решение задач, о том, какие заводы будут вовлечены в производство новой аппаратуры, о кадрах, об открытии новых институтов и лабораторий, даже о количестве будущих аспирантов по стране и общежитиях для них.

Нам было сказано, что мы не должны жалеть денег: сколько нужно, столько и закладывать. Такая щедрость меня, например, поначалу поразила, но скоро я понял одну историческую параллель. В свое время Хрущев не пожалел денег на химию и космос, теперь очередной вождь ковал себе место в истории: мы были информированы, что инициатива подготовки постановления исходила от Л.И. Брежнева, который первым из советских партийных лидеров решил прекратить гонения на генетику как науку. Подразумевалось, что СССР в результате принятых мер должен в короткий срок догнать Америку и Европу в этих направлениях.

Вызов к Д.С. Полянскому в день принятия постановления на заседании Политбюро

Звонок помощника Президента ВАСХНИЛ застал меня 12 апреля 1974 г. врасплох: я не ожидал, что понадобится в тот день и расположился поработать в кабинете над научной статьей. Но что-то стряслось срочное — голос помощника был сухим и, пожалуй, даже взволнованным: «За вами выслана машина Павла Павловича (тогдашнего президента ВАСХНИЛ П.П. Лобанова), вы должны быть немедленно в Минсельхозе, в секретариате Дмитрия Степановича (тогдашнего министра сельского хозяйства страны и члена Политбюро партии Д.С. Полянского)». Что взять с собой, зачем я немедленно понадобился, сказано не было. Я всё бросил и пошел навстречу машине.

Как я и ожидал, срочный вызов был связан с проектом постановления. Перед выходом я позвонил моему тогдашнему приятелю Иосифу Григорьевичу Атабекову, которого я звал Осей — заведующему кафедрой вирусологии МГУ, незадолго до этого избранному членом-корреспондентом ВАСХНИЛ, и попросил его срочно выехать на такси мне навстречу. Мы поднялись на третий этаж Минсельхоза, где нас препроводили в кабинет Полянского. Там уже сидел Лобанов. Министр раздал нам по копии проекта постановления, заметив, что я хорошо с этим постановлением знаком, ибо работал в бригаде по его подготовке, и попросил сделать последние замечания. В этот день в 4 часа дня собралось Политбюро, чтобы утвердить постановление. Меня затопили, по правде говоря, в тот момент только строчек 10, разбросанных по разным разделам. Первая — в разделе о вновь создаваемых институтах: там должна была быть строка о создании в Москве ВНИИ прикладной молекулярной биологии и генетики на базе моей лаборатории при президиуме ВАСХНИЛ; вторая — о строительстве здания для нашего института в Москве; третья — о строительстве в Обнинске филиала института, четвертая — о валютных отчислениях; пятая — о кадрах, шестая — о новом журнале и т. д. Всё оказалось на месте.

Страшно удовлетворенные, мы покинули втроем с Лобановым кабинет Полянского и постояли еще минут 10 на ступеньках здания Минсельхоза, обсуждая исторический шаг. Через несколько дней краткое изложение постановления появилось во всех газетах. На следующий день после опубликования постановления я подготовил текст приказа по Министерству сельского хозяйства страницами на 10. Тогдашний начальник Главка науки Минсельхоза Николай Ильич Володарский — академик ВАСХНИЛ и физиолог растений по специальности — прочел проект приказа, остался доволен и отправил его на подпись министру Полянскому. Затем он сделал мне предложение: перейти к нему заместителем начальника Главка.

— Очень вы, Валерий Николаевич, хорошо формулируете. Переходите ко мне заместителем, сохраните за собой лабораторию в вашем новом институте, мы бы с вами прекрасно сработались.

У нас и впрямь сложились с Николаем Ильичом добрые отношения, но канцелярская работа меня не только не интересовала, но даже тяготила. Я позволял себе тратить время только на то, что могло в будущем помочь институту и моему отделу в нем, поэтому от предложения отказался.



З.С. Баркаган, А.П. Момот
ДИАГНОСТИКА И КОНТРОЛИРУЕМАЯ ТЕРАПИЯ НАРУШЕНИЙ ГЕМОСТАЗА
 Издание 3-е
 Издательство «Ньюдиамед»
 2008 г.

В справочном пособии в сжатой и доступной форме представлены данные об основных компонентах и механизмах функционирования системы гемостаза в норме и при наиболее часто встречающихся в практике врача патологических нарушениях в разных звеньях этой системы — при различных видах кровоточивости, ДВС-синдроме, тромбоэмболиях и тромбофилических состояниях. Подробно описываются методы лабораторной диагностики и контроля за гемостатической и антитромботической терапией. При этом предпочтение отдается наиболее доступным и, вместе с тем, достаточно информативным методам исследования.

Книга рассчитана на клиницистов, практикующих врачей разных специальностей и врачей-лаборантов, поскольку геморрагии, тромбозы и ДВС-синдромы занимают одно из доминирующих мест в патологии человека.

Заявки на приобретение можно направлять по адресу:
 115446, Москва, Коломенский пр., д. 4, а/я 2, ООО «МТП НЬЮДИАМЕД»
 Тел/факс (499) 782-31-09
 E-mail: mtpndm@dol.ru
 Подробности на сайтах www.zdrav.net и www.zdravkniga.net

В 2003 г. в США было зарегистрировано 7,2 млн. случаев острого инфаркта миокарда. При этом именно острый инфаркт миокарда является в США заболеванием с высокой частотой ошибочного диагноза. В результате некоторых больных с действительным острым инфарктом миокарда неправомерно выписывают из больницы, что приводит к высокой смертности, тогда как больные без ОИМ напрасно госпитализируются. Только в 2003 г. расходы на больных с острыми инфарктом миокарда в США составили 31,5 млрд. долларов. Существенная часть этих расходов отнесена за счет ошибочных диагнозов. Диагностика инфаркта базируется на комплексной оценке состояния больного, которая включает, по крайней мере, 2 из 3 основных определений:

Экспресс-диагностика острых коронарных событий

В.В. Вельков, О.И. Резникова

- 1) характерные симптомы,
 - 2) типичные изменения ЭКГ,
 - 3) определение сывороточных кардиомаркеров.
- Этот подход фактически обнаруживает всех больных с инфарктом с подъемом и без подъема ST-сегмента.

Диагностика нестабильной стенокардии более затруднительна, поскольку при ней тесты на кардиомаркеры обычно дают отрицательный результат, а ЭКГ может быть неубедительной. Частота пропущенных случаев острого коронарного синдрома может составлять от 3% до 4%. Более того, для эффективной диагностики пациентов с признаками острого коронарного синдрома необходима интерпретация ЭКГ в течение 10 минут после поступления больного и быстрое получение информации об уровнях кардиомаркеров. Последнее зависит от того, как быстро работает клиническая лаборатория. Экспресс-диагностика решает эту проблему. Так, при наблюдении 817 пациентов, поступивших с подозрением на острый инфаркт миокарда, среднее время от забора пробы до получения результатов из лаборатории составило 71 мин. (креатинкиназа, МВ-фракция), а время экспресс-тестирования креатинкиназы, миоглобина и тропонина составило 24 мин. Показано также, что с помощью экспресс-диагностики урвной миоглобина и тропонина диагноз острого инфаркта миокарда можно исключить в течение первых 90 мин. после поступления пациента. В другом исследовании показано, что экспресс-тестирование кардиомаркеров уменьшает время, необходимое для подтверждения или исключения ОИМ, с 83 мин до 26,5 мин.

Пограничные уровни кардиомаркеров: чем ниже — тем больше ложноположительных диагнозов, чем выше — тем больше ложноотрицательных. Очевидно, что если пограничные значения будут слишком низкими, статистика случаев инфаркта миокарда пойдет вверх, экономические затраты неоправданно возрастут, но смертность от острого инфаркта снизится. Если пограничные уровни будут слишком высокими — статистика инфаркта пойдет вниз, затраты на лечение снизятся, а смертность от него — возрастет.

Каким же должен быть правильный пограничный уровень кардиомаркера? При наблюдении 11539 пациентов, у которых при поступлении были получены отрицательные результаты тропонинового теста (с принятым в то время пограничным уровнем), показано, что в этой когорте 30-дневная смертность составляла 6,2%. В итоге были предложены более строгие критерии острого инфаркта, с более низкими пограничными уровнями кардиомаркеров. Это сразу привело к увеличению диагностированных случаев инфаркта. Так, в Израиле было проведено сравнение клинических данных пациентов с острым коронарным синдромом, поступивших в течение 2000 г., с данными пациентов, поступивших в течение 2002 г., уже после внедрения более строгих критериев диагностики инфаркта. Оказалось, что в 2002 г количество пациентов с инфарктом возросло на 32%, а коэффициент 30-дневной смертности снизился на 33%. Поэтому вопрос,

какими должны быть оптимальные пограничные уровни кардиомаркеров, воистину жизненно важен, особенно для отечественной кардиологии.

В целом экспресс-тестирование кардиомаркеров, как это многократно доказано:

- 1) улучшает диагностику, оценку рисков и стратификацию кардиологических пациентов;
- 2) повышает эффективность терапии;
- 3) понижает количество осложнений;
- 4) снижает сроки госпитализации;
- 5) снижает затраты на лечение;
- 6) производит благоприятное впечатление на пациентов.

Главному врачу — информация к размышлению: почему экспресс-тесты, которые дороже аналогичных лабораторных, приводят к значительной экономии? В качестве примера, почему это именно так — результаты большого специального исследования, какие именно преимущества дает экспресс-определение уровней тропонина по сравнению с его определением в лаборатории. У 274 пациентов, поступивших с симптомами острого коронарного синдрома, уровни тропонина определялись медсестрами с помощью прикроватных экспресс-тестов. У 271 аналогичного пациента, поступившего ранее, до внедрения экспресс-диагностики, уровни тропонина определялись в лаборатории. Стоимость лабораторного анализа составляла 3,83 долл., экспресс-теста — 10,54 долл. Полученные результаты можно суммировать следующим образом.

1. Среднее время от забора крови до получения результата составило:

- для экспресс-диагностики — 19,5 мин,
 - для лабораторного анализа — 76 мин.
2. Средние общие затраты на одного пациента:
- при лабораторном анализе — 17163 долл.,
 - при экспресс-тестировании — 12822 долл. (снижение на 25%).

В том числе снизились затраты:

- других отделений — на 58%;
- на фармакологические препараты — на 28%;
- на лабораторные анализы — на 28%;
- на некардиологические процедуры — на 28%;
- на кардиологические процедуры — на 14%;
- на содержание пациентов — на 21%.

3. Средний срок госпитализации:

- при лабораторных анализах — 2,36 дня,
- при экспресс-диагностике — 2,19 дня (снижение на 8%).

4. Выживаемость в течение одного года:

- 4.1. При пограничном уровне тропонина I менее 0,1 мкг/л:
 - при экспресс-тестировании — 97,2%,
 - при лабораторных анализах — 96,2%.
- 4.2. При пограничном уровне больше 0,1 мкг/л:
 - при экспресс-тестировании — 75,5%;
 - при лабораторных анализах — 77,7%.

Авторы этого большого исследования делают вывод: «экспресс-тестирование тропонина I в цельной крови продемонстрировало свою экономичность и клиническую эффективность». В заключение особо подчеркнем, что экспресс-тестирование приносит реальную терапевтическую и экономическую пользу только тогда, когда его результаты принимаются во внимание при клинических решениях. Это означает, что лечащие врачи должны быть хорошо информированы о характеристиках и преимуществах экспресс-тестирования.

От редакции: бездумное перенесение экономических расчетов из Америки в Россию чревато очень грубыми ошибками и в экономической науке не рекомендуется.

ИнтерНьюс

Геннадий Онищенко против табачной мафии

Роспотребнадзор намерен добиться переноса табачной фабрики «БАТ-Ява» за пределы Москвы. Об этом заявил глава Роспотребнадзора Г. Онищенко. «Мы будем ставить вопрос перед правительством Москвы, чтобы в соответствии с действующим законодательством о переводе вредных производств за пределы города, фабрика «Бритиш Американ Тобакко-Ява» (БАТ-Ява) была включена в перечень таких производств», — сказал Онищенко. Он отметил, что фабрика находится в черте жилой застройки. «Мы уже осуществили проверку соблюдения данным производством санитарного законодательства», — сообщил руководитель Роспотребнадзора, не уточнив, какие именно нарушения были выявлены. В сентябре 2008 г. Роспотребнадзор подал иск в Савеловский районный суд Москвы на фабрику «БАТ-Ява», в котором было указано, что эта организация нарушает закон о защите прав потребителей. Как сказал сегодня Онищенко, «суд принял следующие решения: наше требование является неподсудным для суда общей практики». Он пояснил, что суд сообщил Роспотребнадзору, что дело должно быть рассмотрено в арбитражном суде. «Мы подали претензию в Мосгорсуд, Верховный суд и Генпрокуратуру на решение Савеловского суда», — информировал Онищенко.

Источник: GZT.ru

Тюремное заключение: pro и contra

Количество заключенных в Нидерландах растет. Судьи все чаще дают наказание в виде тюремного заключения и увеличивают его продолжительность. Но лица, отбывшие наказание в тюрьме, совершают повторные преступления чаще, чем правонарушители, которые получили наказание, не связанное с тюремным заключением. Тюремное заключение способствует тому, что оно призвано предотвратить, а именно, криминальному поведению. Таковы результаты научного исследования, выполненного Нидерландским центром изучения преступности и правопорядка (NSCR). Нельзя сказать, что такой исход был непредвиденным. Существующие криминалистические теории дают самые разные прогнозы относительно воздействия тюремного заключения. Так, теория «рационального выбора» предполагает, что в заключении человека будет настолько неприятно, что он быстро закончит с криминальным поведением. Теории научения и субкультур рассматривают тюрьму в качестве «учебного заведения» для овладения преступным поведением. Теория «навешивания ярлыка» указывает на стигматизирующий эффект тюремного прошлого: в результате тюремное заключение лишь повышает вероятность совершения повторного преступления. Для проверки этих разных точек зрения исследователи использовали данные исследования о криминальной карьере и дальнейшей течении жизни. Материалом этого исследования были более 5000 осужденных лиц и их семьи. В этом исследовании была использована инновационная статистическая методика, позволяющая максимально приблизить экспериментальную ситуацию к методологической научной норме. Эта методика позволяет формировать адекватные группы сравнения. Так, человек с длинным перечнем наказаний, побывавший в тюрьме, будет сравниваться с человеком с таким же длинным перечнем наказаний, не побывавшим в тюрьме. Исследование дало очень интересные результаты: оказалось, что в среднем лица, отбывшие тюремное заключение, впоследствии чаще сталкивались с правосудием по причине совершения повторных преступлений, чем лица, не наказанные тюремным заключением. Это относилось даже к рецидивистам. Так что после наказания в виде тюремного заключения вероятность криминального поведения не падает, а растет.

Источник: www.solarys-info.ru

Зэки смогут лечить сами себя

Госдума приняла закон, разрешающий создавать в лечебных учреждениях системы исполнения наказаний изолированные участки, функционирующие как колонии-поселения. По словам заместителя министра юстиции А. Савенкова, «подобные меры будут способствовать привлечению осужденных-поселенцев к работам по хозяйственному обслуживанию и обеспечению функционирования лечебных учреждений». Укомплектовать эти должности вольнонаемными рабочими не представляется возможным в связи с низкой заработной платой и непрестижностью такого рода трудоустройства, а также в связи с повышенным риском заражения инфекционными заболеваниями, пояснил замминистра.

Источник: medlinks.ru

Уважаемые коллеги, читатели журнала

«ПРОБЛЕМЫ СТАНДАРТИЗАЦИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ»

подписаться на наш журнал вы можете:

- Через агентство РОСПЕЧАТЬ, каталог «ГАЗЕТЫ И ЖУРНАЛЫ». Индекс журнала — 79284.
- Через редакцию журнала, заполнив бланк-заказ и оплатив указанную сумму (журнал высылается по Вашему адресу в конверте).

В платежном поручении и в почтовом переводе в графе «Получатель» обязательно указать ООО «МТП НЬЮДИАМЕД»

Бланк-заказ на подписку журнала на 2008 год в редакции

(журнал высылается по Вашему адресу в конверте).

Ваш адрес просим указывать ПЕЧАТНЫМИ буквами.

Ф.И.О. подписчика	Почтовый адрес доставки (индекс обязательно)	1 полугодие						2 полугодие						
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Номера журнала														
Цена одного номера в руб.														
		500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500
ИТОГО (впишите сумму):														

Квитанцию о переводе оплаченной Вами суммы и бланк заказа высылайте по адресу: 115446, Москва, Коломенский пр., 4, ГКБ 7, Кафедра гематологии и гериатрии ФППОВ ММА им. И.М. Сеченова. Редакция журнала «Проблемы стандартизации в здравоохранении»: тел./факс: (499) 782-31-09, E-mail: mtpndm@dol.ru, www.zdrav.net, www.zdravkniga.net, www.rspor.ru

НАШИ РЕКВИЗИТЫ:

Банк-получатель: АКБ «Стратегия» (ОАО), ИНН 770 224 522 О,
КПП 770 201 001, К/с 301 018 100 000 000 005 05,
Р/с 407 028 105 000 000 004 85, БИК 044 579 505

До тех пор, пока в начале 90-х не были подведены итоги одного из крупнейших исследований в эндокринологии — UKPDS (United Kingdom Prospective Diabetes Study) считалось, что больным с сахарным диабетом 2-го типа не нужна нормогликемия: живут, не жалуются, ну и хорошо, не возитесь вы (эндокринологи) с ними, а то будет гипогликемия и уж тогда хлопот не оберешься. Одна из самых ярких книг 60-х годов («Очерки драматической медицины» И.А. Кассирского так описывает ситуацию (цитирую по памяти): «Стало банальностью, что в лечении сахарного диабета не следует придерживаться обязательной компенсации и достаточно удовлетвориться теми показателями, на которых у больных хорошее самочувствие».

ОБЩИЙ АНАЛИЗ

от Г.А. Мельниченко

ДИАБЕТ 2-го ТИПА И ИНСУЛИН

По окончании UKPDS (исследование было проведено у больных с сахарным диабетом 2-го типа до 75 лет), выяснилось, что при интенсивном контроле уровня глюкозы крови эти больные получают такие же преимущества, как и больные диабетом 1-го типа: снижается риск любых осложнений или смерти, связанных с сахарным диабетом (микрососудистых осложнений, нейропатий и т. д.). Хотя частота инфарктов миокарда (макрососудистых осложнений) снижалась по результатам этого исследования на 16%, она не достигала статистической значимости для подобранных групп. Но это исследование показало, что уровень гликемии больных с диабетом 2-го типа точно так же нужно тщательно контролировать. Тогда стало ясно, что у очень многих больных диабетом 2-го типа при формально нормальном уровне плавающего в крови инсулина, невозможно добиться компенсации без инсулина.

Если возможно компенсировать диабет без инсулина, увеличив физическую активность и изменив питание или прибавив к этому препараты сульфонилмочевины, метформина, глитозоны, бауту (эксенатид), акрабозе, их комбинацию — отлично. Но если без инсулина компенсации добиться нельзя или если почему-либо невозможно использовать эти препараты, то инсулин должен быть назначен! Кстати сульфаниламочевина вызывает гипогликемию, которая будет длиться не несколько часов, как при инсулине, а несколько суток при нарушении функции почек. Этот миф о том, что гипогликемия возможна только на инсулине мешает врачам. И чем дольше стали

жить наши больные диабетом 2-го типа, тем более стало понятно, что половина из них нуждаются в инсулине. Он — добавка к таблетированным средствам до поры до времени, рано или поздно он приходит вместо таблетированных средств, потому что диабет 2-го типа неуклонно прогрессирующее заболевание. Он манифестирует, когда пул β -клеток уже сильно снижен. Разве что баута поможет восстановить его (пул бета-клеток), но этот новый препарат имеет свои особенности.

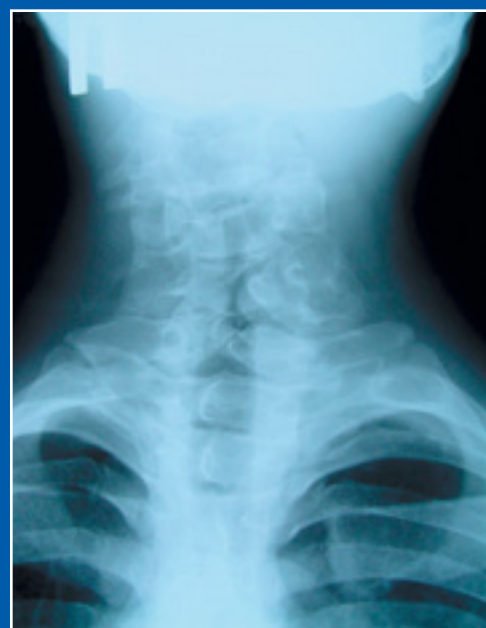
При декомпенсации диабета возникает феномен глюкозотоксичности, уже сама глюкоза препятствует адекватному выведению инсулина из β -клетки. В таких ситуациях инсулин нужен для снятия феномена глюкозотоксичности. Но если резерв β -клеток низкий, то зачем тащить этот ворох препаратов комбинированной терапии — компенсации не будет, а побочные действия лекарств и осложнения диабета появятся.

Сейчас куда проще разъяснить пациенту необходимость временной или постоянной инсулинотерапии (во многом благодаря современным средствам для введения инсулина и школам диабета), а раньше перевести больного с диабетом 2-го типа на инсулин было ох как непросто, это полдня разговоров, разъяснений и убеждений. И вот больной согласился, его перевели на инсулин, и он уже не стремится вернуться на таблетированные препараты потому, что значительно улучшается самочувствие. Мы это поняли еще до UKPDS, но не понимали насколько может это влиять. Даже были такие работы по оценке качества жизни до и после перевода на инсулинотерапию.

Человек ведь иногда не может объяснить, да и сам не до конца понимает, насколько ему плохо. Нам, здоровым, не понять, сколько проблем в самочувствии вызывает декомпенсированный диабет. У половины диабетиков 2-го типа — депрессия. По-видимому, эти очевидные бонусы самочувствия перекрывают все минусы инсулинотерапии. А ведь первые статьи об этом появились в 70-х.

Сейчас очень большие усилия прикладываются для совершенствования технологий инсулинотерапии. К сожалению, вдыхаемый инсулин не оправдал надежд, ну придумают что-то другое. Почти 50% больных диабетом 2-го типа нуждаются в инсулинотерапии. Если бы могли раньше и более эффективно включать резервы (изменение образа жизни, физическая активность и т. д.) на стадии нарушенной толерантности, мы бы приобрели очень много, инсулина бы вводилось меньше, будь больше мышечная масса и меньше жировая. Конечно, врач об этом говорит, но, увы, человеку проще принимать лекарства, чем менять свою жизнь. Сегодня у ожиревших американцев, у детей диабета 2-го типа больше, чем 1-го. У этих детей при нормальной массе диабет развился бы к 50–60 годам, а не в детстве. Здоровье нации куется в детстве, на дворовой площадке для игр — и миллиарды приходится тратить потом на исправление того, что ребенок был лишен нормальной физической активности и ему не привили любовь к движению и навыки разумного питания.

Внимание, конкурс!



Больной И. 18 лет поступил по направлению райвоенкомата для освидетельствования состояния здоровья по поводу ограничения подвижности в шейном отделе позвоночника. Других жалоб нет. Что видно на рентгенограмме?

Правильно ответившему — приз от редакции.

Ответы присылать по адресу:

115446, Москва

Коломенский пр-д, д. 4, а/я 2
Кафедра гематологии и гериатрии.

ПИСЬМА

Глубокоуважаемый Павел Андреевич!

Прочитал о Вашем знакомом, которого беспокоит повышенное АД по утрам («Доктор, скажи, чем пиешь ты...» «Московский доктор» 18). У меня подобное, но я перестал тревожиться, когда убедился, что АД значительно снижается после еды. Может быть, и Ваш знакомый на том успокоится — покушает, и не будет тратиться на лекарства.

Исследования проводил на «Автоматическом определителе артериального давления UA 777». Прибор излишне чувствительный, но другим пользоваться не могу — плохо слышу. АД проверял минут через 15 после завтрака не меньше 3 раз с интервалом между измерениями примерно в полминуты.

АД после еды снижается на 20–30 мм. Иногда больше. Вероятно, поэтому поговорка: «После сытного обеда по закону Архимеда ползает поспать».

Привожу пример. Измерение 1.12.08

mmHg	mmHg	/min
До завтрака		
151	87	69
158	88	68
154	92	71
После завтрака		
135	78	75
137	73	72
131	79	75

Пользуюсь случаем отметить, что Дневник Вашего путешествия, да и все Ваши выступления в МД яркие и умные доставляют огромное удовольствие. Спасибо.

Желаю Вам и Вашим единомышленникам счастливого Нового года.

Искренне Ваш С. Фейгельман

От редакции: На уровень АД влияет как сам прием пищи, так и употребление определенных напитков, в частности кофе и алкоголя. Замечено, что для молодых людей характерно повышение ЧСС, снижение ДАД и незначительное повышение САД в первые 3 часа после еды. У пожилых людей отмечается выраженное снижение как САД, так и ДАД после приема пищи (феномен «постпрандиальной гипотонии»).

И.Г. ДАНИЛЯК, А.Д. ПАЛЬМАН
БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА
Практическое пособие для терапевтов

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА

Практическое пособие для терапевтов

И.Г. Даниляк, А.Д. Пальман
Издательство НЬЮДИАМЕД
2008 г.

Настоящее пособие основывается на современных представлениях о бронхиальной астме, ее этиологии и патогенезе, описывает наиболее рациональный подход к диагностике, лечению и профилактике этого серьезного заболевания.

Книга предназначена для терапевтов, пульмонологов, аллергологов и врачей всех специальностей, а также студентов медицинских вузов.

Вестник МГНОТ (бесплатное приложение для врачей к журналу «Клиническая геронтология»). Тираж 7000 экз.

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

РЕДАКЦИЯ: Главный редактор П.А. Воробьев

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

Редакционный совет: Воробьев А.И. (председатель редакционного совета), Ардашев В.Н., Беленков Ю.Н., Белоусов Ю.Б., Богомолов Б.П., Бокарев И.Н., Бурцев В.И., Васильева Е.Ю., Галкин В.А., Глезер М.Г., Гогин Е.Е., Голиков А.П., Губкина Д.И., Гусева Н.Г., Дворецкий Л.И., Емельяненко В.М., Зайратьянц О.В., Заславская Р.М., Иванов Г.Г., Ивашкин В.Т., Кактуский Л.В., Калинин А.В., Калеев А.В., Ключев В.М., Комаров Ф.И., Лазебник Л.Б., Лысенко Л.В., Маколин В.И., Мартынов И.В., Михайлов А.А., Моисеев В.С., Мухин Н.А., Насонов Е.Л., Насонова В.А., Ноников В.Е., Палеев Н.Р., Пальцев М.А., Парфенов В.А., Погожева А.В., Покровский А.В., Покровский В.И., Потехин Н.П., Раков А.Л., Савенков М.П., Савченко В.Г., Сандриков В.А., Симоненко В.Б., Синопальников А.И., Смоленский В.С., Сыркин А.Л., Тюрин В.П., Хазанов А.И., Цурко В.В., Чазов Е.И., Чучалин А.Г., Шпектор А.В., Юцук Н.Д., Яковлев В.Б.

Газета распространяется среди членов Московского городского научного общества терапевтов бесплатно

Адрес: Москва, 115446, Коломенский пр., 4, а/я 2, МТП НьюДиамед
Телефон 8-499-782-31-09, e-mail: mtrndm@doi.ru www.zdrav.net
Отдел рекламы: директор по маркетингу Г.С. Рихард (495) 729-97-38

При перепечатке материала ссылка на Вестник МГНОТ обязательна.

За рекламную информацию редакция ответственности не несет.

Рекламная информация обозначена **б**