



ВЕСТНИК МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО

МОСКОВСКИЙ ДОКТОР

Июнь 2011
№ 5 (116)

НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ

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

ПРЯМАЯ РЕЧЬ

2 Проблема десталинизации, десовветизации в контексте разрыва с тоталитарным прошлым, признания его пагубности для судьбы страны поднимается не в первый раз, никогда не получая однозначных оценок. Совет по развитию гражданского общества и правам человека при Президенте РФ предлагает «Программу увековечивания жертв тоталитарного режима и национального примирения» в надежде на то, что эта инициатива «сверху» сама по себе способна вызвать массовое патриотическое движение и способствовать модернизации сознания граждан. Однако раскол общественного мнения по этому вопросу показывает, что предлагаемых мер по увековечиванию памяти погибших, поддержке живущих репрессированных и рассекречиванию архивов явно недостаточно. Одни считают

период большевизма и сталинизма самым трагическим временем в истории государства, практически надломившим его хребет, другие, — что «нельзя отказываться от того, что делает нас тем, что мы есть», третьи — хотят вычеркнуть из памяти этот период истории, забыть как страшный сон, четвертые — ищут корни этого явления в российской истории времен татаро-монгольского ига и старомосковского княжества, которые в купе с территорией, неблагоприятными внешними условиями и технологией жизнеобеспечения обусловили формирование «русской модели управления» как специфической насильственной техники навязывания воли, пятые — отмечают, что особенности этого типа управления обусловлены внутривосточными факторами, зависящими от человеческой воли, воспроизводимыми по правилам «эффекта колеи» (зависимости от предшествующего развития, path dependence).

Сам же авторитаризм (деспотизм, большевизм, ленинизм, сталинизм, брежневизм и др.) расценивается как имеющий глубокие корни, архитипически обусловленный и доведенный до абсолюта режим существования «русской системы», который и привел к демографическим провалам из-за сверхрасточительного использования судеб бесправного «массового подданного» в обмен на создание самого крупного по территории государства мира. Высокие людские потери при депортациях, войнах, расстрелах, спецпереселениях, на стройках ГУЛАГа, в лагерях, ссылках — неизбежная плата за это.

Представляется, что для «модернизации сознания», адекватного потребностям и задачам нового исторического периода, предлагаемых мер символического характера явно недостаточно, как их недостаточно и для профилактики рецидивов тоталитаризма и его вариантов. Устойчивость большевизма, сталинизма определяется когнитивно-ментальной и поведенческой составляющей, которая вплетена в каркас отечественной культуры управления. В полной мере это касается и нероформированных отраслей «полусоветской» социальной сферы, в которых занята большая часть работников. Именно институты повседневности определяют их сознание и поведение.

Желание разобраться в том, почему попытки теоретически и политически не последовательной «десталинизации» приводят к прямо противоположным результатам и послужило основанием для рассмотрения институтов функционирования социальной сферы на примере близкой мне по роду профессиональной медицинской деятельности системы здравоохранения, учитывая высокий уровень мифологизации этой сферы, обусловленной высоким гуманитарным статусом врачебной специальности.

Постсоветское здравоохранение в точке бифуркации

Как свидетельствует многолетняя отечественная практика администрирования, бюджет здравоохранения, формируемый по демографическим и медико-статистическим показателям, может быть весьма манипулируемой величиной при любых показателях общественного здоровья. В течение всего советского периода демографические показатели при необходимости цензурировались или засекречивались, легко поддавались фальсификации в соответствии с конъюнктурой текущего момента. Манипулирование нелепыми или удобными показателями и сегодня остается стандартным бюрократическим приемом при составлении планов, отчетов и программ. В действительности успехи в деле

охраны здоровья были более чем скромными, особенно по сравнению со странами, выбравшими демократический путь развития. Реальным итогом столетнего «демографического разорения» России, особенно первой половины XX века, стало то, что практически все достижения свелись к успехам в борьбе с младенческой и детской смертностью, смертность же взрослых мужчин осталась почти такой же, какой была и сто (!) лет назад. Население России сегодня должно было превышать нынешнее на 113—137 млн человек.

Модернизация здравоохранения как ресурс десталинизации социальной сферы

Привыкнув дышать
«казарменным воздухом» учреждений,
мы просто не знаем о существовании другого

Часть 1



**А.С. АКОПЯН, д.м.н.,
директор Республиканского центра
репродукции человека и планирования
семьи МЗ РФ, г. Москва, председатель
Национального этического комитета
Российской медицинской ассоциации**

Для российского общества исторически сохраняется знак тождества между медициной и здравоохранением. Хотя здравоохранение — система охраны здоровья граждан (образ жизни, экология, безопасность, питание, транспорт, условия труда, психологическое состояние и т. д.), в отличие от более узкого понимания медицины — собственно врачевания, образования и медицинской науки — системы организации медицинской помощи.

Одним из ведущих мифов советской медицины как «огромного социального завоевания» для всех было право на неограниченную бесплатную медицинскую помощь по потребности, что не соответствовало действительности.

Нынешнее Минздравсоцразвития (без аналогов в мире ни по названию, ни по функциям) с удовольствием берет на себя решение общегосударственных задач охраны здоровья инструментами организации медицинской помощи. Это предопределяет оперирование преимущественно итоговыми демографическими показателями в ущерб экономическим, отражающим количество и характер медицинских услуг, оказываемых пациенту и приводящих к социальному результату. Финансирование деклараций, органов управления, подведомственных учреждений, а не собственно осуществленной деятельности по предоставлению медицинских услуг каждому человеку, унаследованное от прежней советской системы, ее эмбриологии, и сегодня остается основой функционирования отечественного здравоохранения и определяет логику его внутреннего административно-бюрократи-

ческого устройства. Главная фигура — чиновник. Пациент — без права на охрану здоровья, врач — без права на профессиональную автономию. «Дебюрократизация всерьез» не осуществима без основательной корректировки действующих институтов, без возникновения новых институтов и их локальных подсистем (институт товаропроизводителей, финансовый институт, оптимизационные, инфраструктурные, инновационно-инвестиционные институты).

Несмотря на многолетние разговоры о крайней недофинансированности охраны здоровья, Россия вкладывает в медицину приблизительно столько же, сколько и другие страны со сходным ВВП на душу населения. Половину из совокупных расходов составляют личные средства граждан. Но при вполне пропорциональных затратах поражают малые медико-демографические результаты даже на фоне жителей постсоветских территорий. К тому же анализ показывает практическое отсутствие связи, во всяком случае, на данном уровне финансирования, между его объемом и основными показателями продолжительности жизни, смертности и здоровья жителей административных территорий. Это заставляет задуматься не просто об отдельных причинах, сохраняющегося многие десятилетия неблагополучия, а о несостоятельности всей российской модели охраны общественного здоровья, оптимальной и прогрессивной для своего времени, но явно не соответствующего запросам и задачам нового времени.

Система здравоохранения в СССР была таковой и создавалась именно как система для страны, представлявшей собой жестко централизованное, в значительной мере военизированное государство. Рыночные экономические отношения и частная собственность политически отрицались и были запрещены. Осознание новых задач, отвечающих «второму эпидемиологическому переходу», связанному с постарением популяции, увеличением продолжительности жизни и сменой структуры заболеваемости с преимущественно инфекционной на соматическую, позволило большинству развитых стран, начиная с 1960-х гг., выработать новую стратегию действий. Инициатива перешла к обществу, гражданам, так как источники опасности для здоровья и жизни оказались за пределами прямого влияния медицины. Институты, адекватные ситуации, когда стояла ленинская дилемма «или социализм победит вошь, или вошь победит социализм» в новых условиях во многом просто перестали выполнять свои функции.

Сегодня, по примеру развитых стран с социальной рыночной экономикой, самым актуальным является отказ от прямого субъектного управления государством медицинскими учреждениями через их административно назначаемых руководителей в пользу объектного управления производственной базой (имуществом) системы здравоохранения и оплаты финансовых представлений за каждого гражданина в пределах утвержденных гарантий в пользу независимого производителя на договорной, а не обязательственной основе, т.е. перевести систему здравоохранения из ведомственного в гражданский оборот. Однако такая постановка вопроса вызывает непонимание и раздражение безмерно разросшегося административно-управленческого аппарата органов здравоохранения, более склонного принципиально ничего не менять в механизме функционирования «лучшей в мире системы» и связывающего все проблемы отрасли с недостаточным финансированием.

Доступность — это в первую очередь — бесплатность. Второе искоемое — вопрос качества медицинских услуг (медицинской помощи в товарной оболочке). Так как качественное исполнение услуги неотделимо от ее исполнителя, проконтролировать качество каждой услуги как объекта просто невозможно. По сути, это вопрос контроля деятельности врача как субъекта договорных отношений. Так как работу каждого врача с каждым пациентом органы управления физически проконтролировать не в состоянии, во всем мире этот вопрос решается через инструменты профессионального (корпоративного) самоуправления. Безопасность же медицинской помощи (услуг) — совместная компетенция государства и профессионального сообщества, реализуемая через разрешительную систему лицензирования, стандартизации, аккредитации, аттестации, сертификации организаций, медицинского персонала, организационных и медицинских технологий, лекарств и оборудования.

ИнтерНьюс

Раннюю диагностику сотрясения мозга будут проводить с помощью смартфонов

Американские ученые разработали приложение для смартфонов, помогающее распознать сотрясение мозга сразу после его получения. Эта программа была создана сотрудниками Университета Северной Каролины, Детского национального медицинского центра и компании Psychological Assessment Resources Inc. Она задает пользователю ряд вопросов, по ответам на которые оценивает вероятность сотрясения. Если эта вероятность оказывается достаточно высокой, приложение может отправить электронное письмо с полученными данными врачу. Составляющий основу программы опросник был создан по диагностическим материалам Центров по контролю и профилактике заболеваний США (CDC). Содержащиеся в нем вопросы касаются мышления и запоминания, физических симптомов, эмоционального статуса и сна. Кроме того, приложение собирает информацию о механизме и времени получения травмы, а также об изменениях симптомов в динамике. Программа рассчитана на использование как самим человеком с травмой головы, так и находящимися с ним людьми. Как пояснил автор разработки Джейсон Михалик, новая программа призвана уменьшить число осложнений и предотвратимых отдаленных последствий сотрясений мозга путем раннего выявления этого типа травмы и направления пациента к врачу. Проблема растущей частоты сотрясений мозга в США, особенно при занятиях спортом, в последнее время встала настолько остро, что было учреждено Национальное сотрудничество по сотрясениям в спорте, в которое вошли тренеры, врачи, производители снаряжения и родители детей-спортсменов.

Источник: medportal.ru

Американского рентгенолога обвинили в мошенничестве на 17 миллионов долларов

Четырех американцев, среди которых двое врачей, обвинили в мошенничестве с причинением крупного ущерба пациентам и медицинским страховым компаниям. В числе обвиняемых оказались рентгенолог Сим Хоффман, а также невролог Томас Херик. По версии обвинения, мошенническую схему разработал Хоффман, который владеет тремя диагностическими центрами в городе Буэна Парк, округ Орэндж, штат Калифорния. Окружной прокурор Тони Ракаускас отметил, что рентгенолог использовал пациентов для выставления завышенных счетов страховым компаниям. В частности, для обследования нервной системы Хоффман предлагал посетителям медцентров пройти электромиографию, стоимость которой составляет 330 долларов. При этом врач не сообщал им о возможности проведения менее травматичного исследования стоимостью лишь 35 долларов. Ракаускас добавил, что Хоффман не только необоснованно назначал американцам дорогостоящее обследование. Согласно финансовой отчетности врача, многие пациенты прошли эту болезненную процедуру более 20 раз. Рентгенологу было предъявлено обвинение в 883 эпизодах страхового мошенничества, а Томасу Херику, работавшему в одном медцентре Хоффмана, — в 296 аналогичных эпизодах. Кроме того, оба медика обвиняются как соучастники незаконного ведения медицинской деятельности. Ущерб, нанесенный в результате мошенничества, оценивается в 17 миллионов долларов. В случае признания вины Хоффмана, ему грозит лишение свободы на срок от 2 до 892 лет. Максимальное наказание для Херика составляет 315 лет заключения.

Источник: Medportal.ru

Десять лет — юбилей неофициальный, так как наше мудрое правительство позаботилось: юбилеем настоящим считается 25 лет. А до этой даты ты как бы и не жил. Действительно, чего справлять, только вылез из подгузников — и на тебе. Тем более что юбилеи требуют каких-то материальных вложений — там, на подарки, на ремонт, закупку оборудования всякого. Нет, казне убыточно справлять.

Вот под этими грустными размышлениями и готовился коллектив Института повышения квалификации работников здравоохранения Хабаровского края к круглой дате. Нет, нарушать закон никто не стал, юбилеем не назвал — просто так, цифра круглая. Но на самом деле за этим «круглым» числом огромная непрерывная работа, чаще — вопреки, практически никогда — по шерсти, чаще — против. Шерсти чиновников всех мастей и рангов.

10 лет ВУЗу нового поколения

С самого начала существования института встал вопрос — как посмела региональная власть, не согласовав с центральной, позариться на святое — переподготовку собственных специалистов для собственных нужд. Непорядок. Это же от нашей кормушки, федеральной, отрывает сладкий кусок послевузовской подготовки. На студентах много денег не сделаешь, а тут край платит, мы ведь — федералы — бесплатно брать врачей края не будем. Дорого? А вы в Москву своих врачей отправьте — на одних билетах и командировочных весь краевой бюджет просадите. Нет, мы хоть и монопольные, но очень качества высокого, но — свои.

Во главе региона стоял тогда крепкий хозяйственник, на минуточку — доктор экономических наук, академик РАН, Виктор Иванович Ишаев. Деньги он считать умел. Знал многое и о медицине, понимал, что с социальной точки зрения медицина — краеугольный камень политики. Понимал, что вбухать в медицину можно много, получить при этом можно мало. А можно — меньше тратить, больше получать. Мы, по серости, называем это клинко-экономическим анализом. Посчитал в уме Виктор Иванович доходы и расходы, вспомнил, что конкуренция — двигатель экономики и постановил: быть краевому институту наряду с «официальной» федеральной академией.

С тех пор повелась «дружба» между ВУЗами. Федералы где только можно «помогали» самозванцу. Особенно в профильном федеральном министерстве. Тогдашний начальник всех ВУЗов страны стоял насмерть — лицензии не давать, аккредитации не проводить. Первый год не было помещений, преподавать начали в стенах нынешнего общежития, в спальнях. Весь ВУЗ — всего несколько человек во главе с ректором Салаватом Шейховичем Сулеймановым. Шел ремонт в административном здании краевой больницы, откуда выселяли службы МЧС. Только через год появились два лекционных зала, учебные комнаты, кабинеты, библиотека. Губернатор хотел все по-взрослому: всюду телекамеры, позволяющие транслировать операции, лекции, компьютерный зал, собственная мини-типография, общежитие для курсантов. Кстати, и курсанты не совсем обычные: институт преподает и медицинским сестрам (целый факультет, считай) и лаборантам, не имеющим часто медицинского диплома, и провизорам, и фармацевтам. Нередко — всем вместе. Федералы таким специалистам не преподают — статус не позволяет.

А краевому институту, куда деваться? Для него все — свои. Не хватает профильных преподавателей — надо использовать краевой фонд ведущих врачей. Пусть учат «для себя, от себя, под себя». Ведь им потом и работать с бывшими курсантами. Нужен постоянный контакт, особенно при внедрении новых технологий. Образование должно быть непрерывным, оно должно проходить по схеме «из рук в руки»,

сопровождаться не только теоретическими изысками, но и практическими навыками. А такой формы обучения нашими программами не предусмотрено. И еще — курсантам нужны разные мнения, им бы послушать, о чем в мире толкуют. И был найден выход — конференции. Они проходят в институте почти в режиме non-stop. Самая известная — ежегодная по доказательной медицине — в этом году тоже отмечает свое 10-летие.

Кто только не приезжал, чтобы принять участие в этом форуме, одних академиков можно



считать десятками. Немцы, американцы, китайцы, корейцы, японцы — все побывали тут. Темы конференции, темы секций постоянно меняются, но остается главное — высокий уровень, рассказ «от первого лица». Не жалуют тут «чтецов» чужих исследований, интерпретаторов чужих мнений.

Можно еще долго рассказывать об этом необычном институте. Можно рассказывать, как получали аккредитацию, и самый «опасный» член комиссии, которому было дано указание «не пушать», оказался просто честным и принципиальным, не дал возможности отказать в этой важной бумаге. Но институт — коллектив, это не только ректор. И ректору очень повезло с коллективом, удалось собрать не просто единомышленников, а друзей. Так бывает редко, чаще собирается некое подобие осинового гнезда. Мне не все близко знакомо, но приходится общаться с проректорами Г.В. Чижовой, Н.В. Кирпичниковой, В.Е. Воловиком, С.М. Колесниковой, И.В. Ткаченко, профессором В.В. Егоровым, большим другом института депутатом от Камчатки С.А. Грачевым, вице губернатором Камчатского края В.Н. Карпенко и др. Почему Камчатка? Да потому, что институт ведет и там постоянно образовательные циклы для работников здравоохранения, как и в Магадане, Южно-Сахалинске, других краях и областях Дальнего Востока. Институт, его ректора, коллектив знают в самых отдаленных закоулках этой части страны, их влияние на здравоохранение региона — огромно. Это не пустые слова, с этим пришлось столкнуться воочию во время автопробега «За справедливое здравоохранение» Москва — Сахалин 2010: начиная с Благовещенска, обсуждается деятельность института и его сотрудников. Все врачи либо тут учились, либо ездили на конференции.

Согласитесь, такая слава за 10 лет — большая награда и признание заслуг. Удачи и дальше, друзья.

П. Воробьев

Внимание! Новая книга!

Патология, связанная с дисбалансом свертывания крови, мало знакома большинству врачей. В книге описаны и патология гемостаза изложены простым, доступным языком. Освещены проблемы ДВС-синдрома, тромбоцитопений, профилактики тромбозов, легочной артерии, болезни Виллебранда и гемофилии, геморрагического васкулита и др. Отдельным разделом выделена тема лечебного плазмафереза, неотделимая от проблем лечения патологии гемостаза. Студент, интерн, ординатор, практический врач вне зависимости от специальности найдут здесь исчерпывающую информацию о современном состоянии дел с патологией гемостаза. Книга будет полезна и специалистам лабораторного дела, так как они должны быть активными участниками диагностического и лечебного процесса.

Внимание!
В издательстве НЬЮДИАМЕД вышла новая книга!

ЗАТРАТЫ, КАЧЕСТВО И РЕЗУЛЬТАТЫ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

КНИГА ТЕРМИНОВ ISPOR

РЕДАКТОРЫ:
Мари Л. Бергер
Кристина Бенгелюк
Залим С. Хаджиев
Кристина Л. Поник
Дмитрий В. Тюрин

ОТВЕТСТВЕННЫЙ РЕДАКТОР:
Мария Елена Дуня, Санкт-Петербург

Издательство «НьюДиамед»
Информационно-методическое издательство
для специалистов здравоохранения

Начало на стр. 1

Важным индикатором, подтверждающим невозможность решить стоящие перед страной задачи в рамках советской модели организации медицинской помощи, траектории ее предшествующего развития, устранить вопиющие структурные и кадровые диспропорции, являются тенденции и факторы занятости в российском здравоохранении. Несмотря на то, что число врачей в расчете на 10 тыс. человек в последние два десятилетия росло во всех развитых странах со стареющим населением и высокой продолжительностью жизни, в России, где относительное число врачей с советских времен было очень высоко, этот показатель за 16 лет (1990—2006 гг.) увеличился в среднем на 10%.¹ Правда, в отечественную номенклатуру собственно врачебных специальностей входят и те, которые за рубежом такими не являются, например, физиотерапевты, дантисты, медстатистики, управленческое звено и пр. Номенклатурно-ведомственная организация здравоохранения отражена в отечественной номенклатуре врачебных специальностей: 9 вузовских, 44 основных и 186 дополнительных (в других странах 21—28 специальностей).

Как известно, основным системообразующим фактором здравоохранения является само врачебное сообщество. Доля работников здравоохранения в общей занятости за 16 лет (1990—2006 гг.) возросла с 5,6 до 6,8%. Кроме того, если доля собственно врачей в общей численности занятых в здравоохранении США составляла в 2004 г. 6,3%, то в России аналогичный показатель много выше и продолжает увеличиваться: в 1995 г. — 17,9%, в 2000 г. — 18,3%, в 2004 — 18,8%, в 2006 — 19,3%. Число же врачей общей практики в России, несмотря на государственный статус этой программы, составляет мизерную долю — лишь 3 врача на 100 тыс. человек (Росстат). Соотношение врачей и медсестер у нас самое плохое: 1 к 2, хотя в современных условиях оно должно быть не менее 1 к 5—6. Врачи, главным образом, сосредоточены в городах, на селе их всего 7,4% при том, что на селе у нас проживает 26—27% граждан и плотность расселения там значительно ниже. Даже при таких показателях в первичном звене здравоохранения не хватает как минимум 60 тыс. врачей, в то время как в стационарах их переизбыток — свыше 100 тыс. Эти показатели убедительно свидетельствуют об усугублении диспропорций использования труда врачей, их малой загруженности по прямому назначению, отсутствии кадровой политики и слабости органов управления здравоохранением, неспособности «штаба отрасли» бюрократическими методами создать набор необходимых мотиваций для удовлетворения нормативной потребности своих работников. Во многом здравоохранение с его институтами, характером административного управления учреждениями (точнее руководителями), персоналом и бюджетом «висит в воздухе» — существует для самого себя, действуя в режиме самосохранения прежней системы, разваленной платными услугами т.н. государственных учреждений. Существование во «враждебном рыночном окружении» за рамками полноценного правового регулирования, адекватного типу нынешнего государственного устройства приводит к ситуационному манипулированию подзаконными актами, не способными выдержать ни одной серьезной правовой экспертизы на соответствие даже действующему законодательству. Яркий пример тому — проект новой редакции «Основ охраны здоровья в РФ», предлагаемый взамен действующих с 1993 года «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан», выполняющих роль медицинской конституции, носящих «рамочный» характер, но во главу угла ставящих человека, личность. Несмотря на попытки его редактирования, новый акт не выдерживает никакой критики, пытаясь лишь узаконить сложившееся положение вещей, особенно в части платных услуг, и, по сути, представляет собой низкокачественную инструкцию конца 1980-х гг., абсолютно не соотносимую с действующим ГК и антимонопольным законодательством практически во всех своих новациях. Новый закон перестает быть «основами законодательства», приобретая статус федерального закона прямого действия, который практически все: от сроков беременности до контроля качества передает на усмотрение правительства и федерального органа исполнительной власти, делая его удобным лишь для чиновников, присваивающих себе все полномочия, никак не корреспондирующие ни с соответствующими обязанностями по охране здоровья, ни с санкциями за их невыполнение. Даже профессиональные ассоциации (объединения граждан) планируются аккредитовывать в Минздравсоцразвития.

Болеет не государство, а люди, общество. Другая часть общества — врачи — этих людей лечат. Государство же, вместо регулирования этого процесса, само себе в своих учреждениях оказывает и оплачивает услуги в пределах казны, усиливая при этом свои и без того мощные посреднические функции между врачом и пациентом, мультиплицируя неэффективность расходования ресурсов. В итоге закон, если он будет принят, окажется нежизнеспособным, «теневые» отношения не устранил, но на длительное время сделает невозможной модернизацию здравоохранения, несмотря на декларации Президента РФ Д. Медведева. По существу принятие закона в его нынешней концепции, обходящей вопросы принципов системообразования, адекватные задачам развития в направлении социальной рыночной экономики, декларируемой политической властью, закрепляет ведомственно-учрежденческую «экономику» здравоохранения. Собственно это и есть «точка бифуркации». Дискуссия по этому вопросу пока не получается, уполномоченный орган альтернативные варианты

рассматривать не готов. Ни к чему, по мнению Минздравсоцразвития, не готово и профессиональное медицинское самоуправление, выведенное за рамки принятия решений даже по своим «родовым» функциям. Безвозвратно утерянная системность отрасли, вследствие неосновательного деления по форме собственности — принадлежности имущества (федеральное, региональное, муниципальное, частное, смешанное и т. д.), а не по режиму собственности, как следовало бы (некоммерческий, коммерческий, обременения и преференции). Фрагментированность собственности по юридическим лицам, приватизированность по объектам, ведомствам и фондам выливается в «ручное управление» по принципу — «кто во что горазд». Положение усугубляется и отношением верховной власти, воспитанной на «святости миссии», «чистоте белого халата», «клятве Гиппократова» и прочих общих представлениях бытового содержания к проблеме боли, страдания, болезни. Ставка на идеологические бренды лишь камуфлирует бедность отрасли и ее общее неблагополучие, выливающиеся в «синдром распада» системы бесплатного оказания медицинской помощи, массовое и плохо скрываемое недовольство граждан.

Пролетаризированность российского общества, в том числе «новых бедных», составляющих существенную часть массовой интеллигенции — работников т.н. непроизводственной (согласно ОКОНХ) сферы, находящейся в институциональной «ловушке» низких заработных плат, обусловлена структурой собственности, сложившейся в России 2000-х гг. Ее основной характеристикой является монополия государственной и крупной частной собственности, определяющая характер гражданского (частного) экономического оборота. В этих условиях неизбежно уменьшается эффективность деятельности государственной системы здравоохранения по своему прямому назначению. Платные медицинские услуги и неформальные платежи в т. н. государственных учреждениях здравоохранения стали нормой. Теперь планируется их еще и узаконить. Многие виды медицинской помощи не доступны для людей с низкими доходами, не имеющих перспектив изменения своего положения в лучшую сторону и шансов выбраться из застойной бедности.

Судьба врачебного самоуправления в России XX века

Огромный вклад в решение проблем охраны здоровья жителей дореволюционной России принадлежит Обществу русских врачей в память Н. Пирогова и Пироговским съездам конца XIX — начала XX века. Анализ решений Пироговских съездов позволил сделать вывод о том, что Февральская революция получила безоговорочную поддержку их участников, а Октябрьская была воспринята ими негативно. После Октябрьской революции (переворота) в октябре 1917 г. Чрезвычайное совещание врачей (16—17 мая 1918 г.) в своем Постановлении отмечало, что «антиморальный, антидемократический и антигражданский характер деятельности современных захватчиков власти представляет столь громадное зло, а несчастье, в которое ими подвергается наша страна, настолько колоссально велико, что все нравственно здоровое во врачебной семье должно найти в себе решимость и по долгу гражданской совести резко и определенно отмежеваться от врачей, действующих в лагере насильников» [Постановление... 1917]. В своих докладах Общество ссылалось на фактический материал, свидетельствующий о том, что «большевиками уничтожаются гражданские свободы, неприкосновенность личности, жилища, свобода слова, печати, собраний, стачек, уничтожается правосудие, создается благоприятная почва для самосудов путем натравливания одних групп населения на другие, впадается в грязь осуществленное русской революцией всеобщее, прямое, равное, тайное избирательное право, попирается неприкосновенность свободно избранных народом органов самоуправления, разрушаются основы народного благосостояния и расточаются народные сбережения».

В числе членов Правления, поддержавших власть большевиков и начавших с ней активно сотрудничать были З. Соловьев, И. Русаков, А. Сыгин, П. Дьяконов и Л. Тарасевич и др., имена которых впоследствии были увековечены в топонимике улиц и учреждений. З. Соловьев и И. Русаков публично заявили об этом в прессе и вошли в руководящие органы Москвы. Руководителям Наркомата здравоохранения РСФСР, профессиональным революционерам «женевской» ленинской группы — Н. Семашко и Д. Бонч-Бруевичу, хорошо показавшим себя в Московском вооруженном восстании, было поручено возглавить санитарно-медицинскую службу нового государства.

Наиболее специфическая характеристика сталинизма, его родовая черта, возникшая с самого начала большевистского правления — это террор как универсальный инструмент решения любых политических и социальных задач. Разной степени репрессиям — от потери должности и ссылки до лагерей и расстрелов были подвергнуты «несогласные». Среди них Ф. Рейн, Д. Жбанков, С. Розанов, К. Шидловский, П. Куркин, П. Диатропов, Я. Кац, Н. Шен, А. Мальков, И. Коварский, В. Канель, В. Левицкий, Л. Грановский, С. Швейцер и ряд других известных врачей. С ликвидацией земских и городских самоуправлений земская медицина и ее Всероссийское представительство в лице Пироговских съездов утратили свою базу, остались не востребованными новой властью и в 1922 г. прекратили свое существование. Обобщенные и сформулированные Пироговскими съездами единые подходы к организации медицинской помощи населению страны и основополагающие принципы системы государственного здравоохранения (необходимость государственного субсидирования мероприятий по охране здоровья населения, бесплатная, доступная и равная для всех медицинская помощь с участковым принципом ее оказания, создание государственной системы санитарных учреждений, единые подходы в статистике и учете общей заболеваемости населения, необходимость

ИнтерНьюс

В США выдано разрешение на «виртуальные» клинические испытания

В США впервые будут проведены исследования лекарств, участники которых будут общаться с организаторами только по сети или мобильному телефону. Как сообщает, организатором первых в стране «виртуальных» клинических испытаний стала фармацевтическая компания Pfizer. Целью пилотного проекта Pfizer, который был одобрен американским Управлением по продуктам и лекарствам (FDA), является оценка качества подобных исследований. Кроме того, исследователи намерены сравнить полученные данные с результатами обычных испытаний, участникам которых необходимо регулярно посещать соответствующего специалиста. Производитель лекарств намерен провести испытания препарата «Детрол» (толтеродин), который предназначен для лечения расстройств мочеиспускания, в частности недержания мочи. В исследовании примут участие около 600 человек из десяти американских штатов. Набор участников будет проводиться в сети. Сначала им будет предложено посмотреть видео об испытаниях и связанных с ними рисками, а затем заполнить опросник. После этого добровольцы будут получать препарат или плацебо по почте. Они должны будут отчитываться перед организаторами о приеме лекарства, его действии, а также побочных эффектах, используя интернет или мобильный телефон. Руководство Pfizer считает, что преимуществом подобных «виртуальных» исследований станут незначительная доля выбывших участников, более быстрое получение и обработка результатов, а также более низкая стоимость по сравнению с обычными клиническими испытаниями.

Источник: The Washington Post

Грудное вскармливание снижает риск внезапной смерти младенцев

Исследование провела группа специалистов под руководством Ферн Хок из Медицинской школы Виргинского. Группа Хок решила оценить влияние частоты и длительности кормления грудью на развитие синдрома внезапной смерти грудных детей (sudden infant death syndrome, SIDS). Для этого ученые проанализировали результаты 18 исследований на эту тему. Согласно результатам семи из указанных исследований, при кормлении детей грудью риск их внезапной смерти снижается на 45—64% по сравнению с младенцами, находившимися на искусственном вскармливании. По данным еще трех работ, грудное вскармливание детей в возрасте двух месяцев и старше сокращает вероятность внезапной смерти на 62%. Среди детей, находившихся исключительно на грудном вскармливании, риск внезапной смерти был ниже на 73%. На основании полученных данных исследователи сделали вывод, что в среднем кормление грудью сокращает риск развития SIDS на 60%.

Источник: Pediatrics

Бешенство излечимо!

Врачи из Детского госпиталя Университета Калифорнии в Дэвисе сумели вылечить девочку, поступившую в медицинское учреждение с диагнозом «бешенство». Ребенок не получал лечения до появления первых симптомов инфекции. По мнению инфекционистов, 8-летняя Пришос Рейнольдс заразилась бешенством еще в апреле. Вероятнее всего, девочку укусила дикая кошка неподалеку от начальной школы, расположенной в округе Гумбольдт. Найти больное животное не удалось. Спустя несколько недель после инцидента, у ребенка поднялась температура, затем появились неврологические симптомы. Родственники Пришос предположили, что девочка заболела полиомиелитом и обратились за медицинской помощью. Однако лабораторные исследования подтвердили диагноз «бешенство». В настоящее время в мире насчитывается менее десятка задокументированных случаев выздоровления больных бешенством, не получавших антирабического лечения до появления первых признаков заболевания. В США таких случаев насчитывается всего три, включая излечение жительницы штата Висконсин Джини Гис, заболевшей бешенством в 2004 году. В лечении калифорнийской девочки использовался протокол, впервые успешно опробованный на Джине Гис. Пациентку ввели в медикаментозную кому и поддерживали в этом состоянии до тех пор, пока не стало ясно, что иммунная система ребенка способна справиться с инфекцией. Пришос провела в отделении интенсивной терапии две недели. Сейчас выздоравливающая девочка по-прежнему остается в больнице, однако ее состояние уже не вызывает опасений у врачей.

Источник: Medportal.ru

¹ Публичные институты управления здравоохранением подлежат сохранению только на федеральном уровне. Социально-политический институт включает институт государственной политики в социальной сфере; институт государственного мониторинга экономики социальной сферы; институт медико-социального учета и контроля, институт анализа состояния социальной сферы и др. в логике институционального проектирования (более подробно см. Тихомиров, 2009).

ИнтерНьюс

Больничные стали разноцветными

В России появился новый бланк листа нетрудоспособности. Он сменил нынешний уже 1 июля. Соответствующий приказ Минздравсоцразвития РФ был обнародован 22 июня 2011 года. Новый больничный отличается от старого более высокой степенью защиты, добавлением информации от работодателя и возможностью автоматизированного заполнения. «В последние годы значительно увеличилось количество случаев мошенничества, связанных с подделкой больничных листов. Чтобы исключить возможность выплаты пособия по поддельному документу, новый бланк имеет по сравнению со старым повышенный уровень защиты», — пояснили изданию в Фонде социального страхования (ФСС). В частности, бланк вместо зеленого станет голубым со светло-желтыми полями для заполнения. Старый рисунок водяных знаков заменен логотипом ФСС. Все записи теперь производятся с одной стороны листа, всю обратную сторону занимает инструкция по заполнению. В новом бланке появились поля для заполнения работодателем: место работы, дата ее начала, страховой стаж, средняя зарплата сотрудника и т. п. Кроме того, введена возможность автоматической обработки листа нетрудоспособности. Для этого в правом верхнем углу бланка помещен штрих-код, а в левом — оставлено поле для дублирующего двумерного кода. Также в листке закодированы причина нетрудоспособности, отметки о нарушении режима (если они имели место), родственная связь с больным (если нетрудоспособность связана с уходом за членом семьи) и другие данные. Предполагается, что это «уменьшит время на обработку информации и исключит возможность искажения данных о факте, параметрах нетрудоспособности, необходимых для расчета пособия», а также позволит в будущем перейти на безбумажное оформление больничного. По данным ФСС, ежегодно в рамках страхования по временной нетрудоспособности и в связи с материнством фонд оплачивает более 30 миллионов листов нетрудоспособности или 400 миллионов пропущенных по болезни рабочих дней. Выданными с нарушениями признаются до 3 процентов от общего числа проверенных больничных. По оценкам, из-за их необоснованной выдачи ФСС теряет ежегодно около 1,5 миллиарда рублей.

Развивающимся странам не хватает 112 тысяч акушерок

Дефицит акушерок в здравоохранении развивающихся стран составляет 112 тысяч человек — эти данные содержатся в отчете, подготовленном специалистами Фонда ООН в области народонаселения (UNFPA). Согласно документу, в мире ежегодно умирает около 358 тысяч беременных и рожениц. Годовая смертность в первые сутки после родов составляет 2 миллиона новорожденных, число мертворождений — порядка 2,6 миллиона. Основной причиной сложившейся ситуации авторы отчета называют недостаток или полное отсутствие медицинской помощи. Одной из целей тысячелетия 192 страны-участницы ООН объявили обеспечение всеобщего доступа к получению помощи в области репродуктивного здоровья к 2015 году. Эксперты UNFPA изучили систему родовспоможения 58 стран, на которые приходится 91% материнских смертей в мире. При этом общий вклад этих государств в мировую рождаемость немногим менее 60%. По данным исследования, из-за дефицита в 112 тысяч акушерок 38 стран не смогут обеспечить квалифицированную помощью 95% своих рожениц к 2015 году. Наиболее острая нехватка акушерок наблюдается в Гвинейской Республике, Камеруне, Нигере, Сомали, Судане, Сьерра-Леоне, Чаде, Эфиопии, а также на Гаити. Общий недостаток такого персонала в мире составляет около 350 тысяч медработников. Аналогичные цифры ранее были получены сотрудниками британской благотворительной организации Save the Children. Специалисты UNFPA считают, что отсутствием адекватного медицинского обслуживания обусловлено две трети материнских смертей, около 60% смерти новорожденных, а также половина мертворождений.

Источник: The Guardian

Начало на стр. 1, 3 ↗

информационного обеспечения профессиональной медицинской деятельности, развитие врачебного самоуправления и т. д.) были положены в основу советской системы здравоохранения, получившей название «модели Семашко» без указания источника их происхождения. Итогом государственного здравоохранения после Октябрьской революции 1917 г. стало то, что в медицине исчез человек независимого образа мыслей, а в здравоохранении появился работник как исполнитель ведомственных предписаний. Закрепилась сталинская идеология что «хорошего врача народ прокормит, а плохому и этого хватит» (по легенде ответ Сталина наркому здравоохранения Н. Семашко в ответ на просьбу об увеличении размера заработной платы врачам).

По мнению С. Мамонтова и А. Тихомирова, с течением времени врачи начали ассоциировать свою позицию не с медицинским сообществом, а с отраслевым ведомством — сместилась система координат. Вместо тенденций консолидации по общности профессии произошло растворение профессии в должностных, научных и пр. различиях в единстве общественного конформизма и лояльности к публичным институтам. Многовековая независимость медицинской профессии от внешних влияний в России оказалась прочно утрачена и сегодня нынешний характер подвластности отраслевому ведомству позволяет противопоставлять медицинское сообщество остальному обществу, оставляя, как правило, само отраслевое ведомство вне поля такого противопоставления. Обладатели медицинской профессии оказались разрозненными ведомственным и трудовым подчинением, хотя их статус оказался неопределенным. В частности, врачи не являются госслужащими, хотя сегодня разворачивается компания против «коррупции» в низовом звене здравоохранения на почве поборов и вознаграждений за услуги, формально уже оплаченные налогоплательщиками. С подачи СМИ врачи в глазах общества предстают ответственными за несовершенство организации здравоохранения и отсталость медицины. Постоянно муссируется тема «убийц в белых халатах».

Сегодня по-прежнему место, которое за рубежом занимает медицинское сообщество, в России занято не врачебной корпорацией, а государством в лице отраслевого ведомства. При существующей организации здравоохранения и оформляющем ее законодательстве создание органов медицинского профессионального самоуправления оказалось невозможным, а имеющиеся структуры врачебного самоуправления в лице профессиональных ассоциаций и их объединений (например, возрожденное Пироговское движение врачей России) попросту игнорируются. Даже предусмотренные законодательством их предельно ограниченные частичные функции не реализуются, механизм их не прописан. Отраслевому же ведомству в существующем виде не нужна иная организация медицинского сообщества, кроме как субординационно администрируемая.

Профессиональное самоуправление является условием существования медицины как профессии, поскольку в его отсутствие обладатели профессии перестают быть самостоятельными в следовании интересам пациента, а руководствуются ориентирами трудовых отношений, ведомственных указаний и экономических выгод. Отсюда основным условием профессионального самоуправления и становления медицинского сообщества является смена основного формационного элемента — характера трудовых отношений, с чего собственно и начинается новый «институциональный цикл». Это предусматривает придание обладателю медицинской профессии субъектности — экономической самостоятельности положения, подобно нотариусам, адвокатам, оценщикам, арбитражным управляющим (например, через статус «номерного специалиста»). Для врачей не должна предусматриваться работа по трудовому найму, за исключением службы в государственных или муниципальных органах власти.

Таким образом, медицинское профессиональное самоуправление в России может возникнуть только при смене действующей модели организации здравоохранения и оформляющей ее законодательства. В основе реорганизации системы оказания медицинской помощи населению должно лежать выборное и коллегиальное начало при участии как профессиональных работников, так и общественных представителей всех заинтересованных групп населения. При этом системные функции здравоохранения, как специфические (наука, профилактика, лечение), так и общие (кадры, ресурсы, управление), никем не ставятся под сомнение.

Учреждения как феномен «русской модели управления»

Учреждение — основная форма организации нашей деловой культуры. Все мы, родившиеся и выросшие в этом «воздухе», привыкшие к нему, просто не знаем иного. Для советских учреждений характерны основанность на несобственном имуществе и неэкономический характер деятельности. Эта организационно-правовая форма (ОПФ), как и прежде, сегодня применима как к учреждениям — органам, так и к учреждениям — организациям. Разделение юридических лиц на лица публичного и частного права, как за рубежом, не произошло. Плательщик и получатель бюджетных средств по-прежнему совпадают в имущественной принадлежности. Если в производственной сфере произошли по сути революционные изменения форм собственности и ОПФ, давшие начало процессу адаптации институтов коллегиального управления, основанных на разделении функций собственности и управления в рыночной экономике, то социальной сферы этот процесс практически не затронул.

В России даже партии и общественные организации, не говоря об остальных, по сути своей являются учреждениями. Борьба личностей и ведомств в подавляющем большинстве случаев предстает перед обществом в виде борьбы учреждений. Учреждение — уникальный инструмент слияния «Я» руководителя с «МЫ» — родиной (партией, государством) и

возможностью полной идентификации себя и учреждения (партии, государство). По закону и представительству учреждение — это и есть его руководитель — лицо, принимающее решение (ЛПР). В советской истории учреждения и унитарное управление отлично зарекомендовали себя в качестве формы и способа достижения высокой мобилизационно-перераспределительной эффективности, не говоря уже об административной лояльности. Правовая модель корпоративного управления способна выжить и нормально функционировать лишь в комплексе с другими общественными институтами (независимый суд, уважение к частной собственности, доверие к государству). В другом случае разделение перекрещивающихся полномочий приводит к двоевластию, которое при шаткости нормативной базы переводит эти коллизии в неформальную плоскость.

Общей характерной особенностью российской деловой культуры, основанной на господствующих в стране неформальных нормах, определяющей ее «неконгруэнтность» с импортируемыми институтами (страхование, аренда, саморегулирование и т. д.), является ее основанность на высокой концентрации собственности, вовлеченность собственника в управление, преобладание неформальных отношений над формальными, нетерпимость к конкуренции и конкурентам.

А. Прохоров видит основополагающий принцип «русской модели управления» (в отличие от британской и германской) в том, что «...внешний орган крайне централизованного управления, который выглядит абсолютно всеильным и формально имеет все права на подчиненного и имущество, тем не менее, не доходит до текущего повседневного управления да и не имеет такой физической возможности». Русскую модель управления можно сравнить с «гроздьем винограда», где каждая ягода (кластер) находится в своей оболочке. Внутри кластера — региона, завода, полка, бригады и т. д. — господствуют неформальные, неправовые отношения, «круговая порука», благодаря которой, несмотря на неэффективность в каждой ситуации, в каждый момент времени и в каждом месте задача, тем не менее, решается. Доказательство тому — территория страны. Модель эта неконкурентная, основана на «конкуренции администраторов», а не «администрировании конкурентов», позволяющая за счет мобилизации ресурсов и их перераспределения, не считаясь с интересами отдельного человека и «ценой вопроса», охватывать все общество, живущее в условиях неправовой повседневности. Здесь корни того, почему не идет модернизация, не внедряются изобретения, не конкурентоспособна продукция, не работает законодательство о труде.

Внешне коллективистская культура управления при агрессивном индивидуализме каждого исполнителя приводит к тому, что все контрагенты подразделяются на «своих» и «чужих», нет доверия к внешним лицам и органам, господствует «двойная» мораль (для себя и для внешнего пользования), что придает ей оборонный характер. Есть должность («кресло») — есть все (статус, средства, востребованность, уважение), отняли «кресло» — ты никто. Право нацелено на защиту групповых, а не индивидуальных интересов. Действует принцип централизма и дисциплины с узурпацией «на самом вершине» максимального объема полномочий. В рамках такой парадигмы минимальная независимость любого элемента воспринимается как угроза, а прямой владетельный контроль, минуя коллегиальные механизмы, лишь еще больше снижает уровень общей неэффективности. Задачи развития требуют отказа от такой модели трудовых отношений. Ю. Афанасьев определяет теневую экономику как «вторую натуру» социализма, отождествляя русскую власть с русским социализмом, считает основной особенностью «русской системы» «жизнь по понятиям за чужой счет», видит миссию либерализма в противостоянии «русской системе» управления, безраздельно владеющей «догосударственными локальными мирами» (регионы, учреждения, организации и т. д.).

В сохранившейся всеобъемлющей системе государственных учреждений почти каждое из них, наряду с правом на предпринимательскую деятельность, в «новые времена» дополнительно прирастило себе права юридического лица, что окончательно обрело этот институт на функционирование в условиях неформальных отношений. Этим была реализована идеальная для личных целей бюрократии архитектурно-социально-культурно гармоничная «легегосударственная форма существования частного (частно-бюрократического) капитала».

В здравоохранении к монополюльной собственности государства, существующей и живущей своей жизнью в виде феномена «учреждений», было делегировано право извлечения прибыли «из всех источников, не запрещенных законодательством РФ» в пределах уставной деятельности. Мотивировалось это, наряду с постоянным расширением прав руководителей, целью спасения учреждений в условиях масштабного социально-экономического трансформационного кризиса. На практике это привело к тому, что руководитель в качестве фидуциара², оказался в центре конфликта интересов государства с экономическими интересами учреждения (т. е. со своими интересами).³ Интересы же государства (органа управления) и учреждения (руководителя) оказались диаметрально противоположны экономическим интересам его работников. В условиях неопределенности конфликт интересов институционально закреплен по всей вертикали администрирования.

Сегодня по-прежнему в качестве основы институтов государственного и муниципального здравоохранения сохраняется т. н. **оперативное управление** учреждением и его имуществом,

² Фидуциар — доверенное лицо, наделяемое полномочиями принципом (собственником, государством) для управления его активами.

³ По закону (ГК РФ) учреждение не отвечает по обязательствам учредителя (государства), государство же несет субсидиарную ответственность по результатам его деятельности.

Продолжение на стр. 5 ↘

Начало на стр. 1, 3, 4

осуществляемое административно уполномоченными лицами — балансодержателями.

Оперативное управление — инструмент администрирования, основное оружие администратора любого уровня в процессе усмотрительного перераспределения, символ ожидания мобилизации и готовности к ней, демонстрация этой готовности перед учредителем — государством. Большевикско-сталинское по происхождению, оставшееся в наследство от времен «военного коммунизма» ограниченное вещное право оперативного управления лежит в основе прав владения, пользования, извлечения прибыли и административной ренты из управления несобственным имуществом — объектами государственной собственности, в целом соответствуя логике предшествующего развития российской цивилизации. Этот тип управления, делегированный руководителю, в пределах вверенного объекта характеризуется всеобъемлющим, недифференцированным, неопределенным и неограниченным наполнением в виде совмещения организационно-распорядительных, кадровых, финансово-хозяйственных и профессионально-производственных полномочий, сегодня основанных на манипулировании «квадратными метрами» учреждений, задействованными в гражданском обороте — предоставлении платных услуг. Законом не предусмотренное «балансодержание» (ГК РФ такого понятия не содержит) позволяет реализовывать волю «верховного» собственника в условиях административно-командной системы управления социальной сферой при полной, по сути крепостной зависимости работников от рабочего места, неразрывности «объекта» и «субъекта», включая и самих руководителей учреждений, административно управляемых «страхом оказаться на улице и слдохнуть под забором». Это является внутренним мотивом для наращивания новых площадей, лоббирования новых объектов—центров и строителей-пристроек с целью расширения территории «своего порядка», укрепления личных позиций и повышения своей конкурентоспособности в хозяйственном обороте. В такой ситуации неизбежно нарастает процесс дублирования мощностей и дорогостоящего оборудования государственных учреждений. Попавший в оперативное управление учреждения любой прибор заканчивает свою легальную историю, не имея возможностей сменить владельца, независимо от того, доведется поработать этой технике или нет. Вторичный рынок оборудования, его аренда у нас вообще отсутствует, не в пример странам более обеспеченным. В новой конфигурации отношений сложилась ранее неизвестная ситуация абсолютно зависимого и униженного положения кафедр вузов и НИИ, не имеющих своих площадей, но исторически работающих на базе государственных больниц и поликлиник.

Руководитель учреждения сегодня по закону не является ни государственным служащим, на которого распро-

страняются соответствующие льготы и ограничения, например, касающиеся декларирования доходов, «социального пакета», конкурса или ротации, ни предпринимателем, действующим в пределах установленной законом компетенции, т.к. находится в прямой административной зависимости от фактического собственника — органа управления здравоохранением. Административное управление не терпит половинчатости и частичной подчиненности. Положение лица, принимающего решения (ЛПР) и требования к нему, в большей степени описывается понятием «эффективный менеджер», «слуга государства», «балансодержатель», «крепкий хозяйственник». Руководителям учреждений сегодня отведена роль доверенных «приказчиков», имеющих возможности дополнительных заработков, связанных с административной рентой и находящихся под угрозой их потери по критериям собственной лояльности и способности обеспечивать полную управляемость коллективами. А также по обстоятельствам, никак не связанным с результатом их деятельности. Большая правовая, а не изменчивая административная защищенность — в интересах модернизационно настроенной части корпуса главных врачей и директоров, уже сконцентрировавших вокруг своих должностей все доступные административные, финансовые и статусные полномочия, научные степени и звания.⁴ Основанность на «неформальных», привилегированных отношениях с собственником имущества в условиях гражданского оборота значительно повысила общую коррупционность системы без повышения ее эффективности по прямому назначению.

В условиях экономических приоритетов деятельности отказ от малоэффективного административного управления коллективами в пользу легальных экономических и доверительных форм и методов управления, веками сопровождавших врачебную деятельность, становится неизбежным в первую очередь для системы государственного здравоохранения в лице «своих» учреждений, повсеместно представленных на рынке медицинских услуг. Роль институциональной ловушки, создающей эффект «блокировки», здесь играет как раз система «оперативного управления» имуществом учреждения.

В итоге незавершенных, продолжающихся хаотичных реформ платежного механизма, мало затронувших институциональную основу социальной сферы в целом и здравоохранения в частности, вместо модернизации Россия встала на путь новой институционализации системы «власть-собственность», закрепляющий распределение власти не по полномочиям, а по объектам контроля. Системная коррупция в этих условиях — часть общей институциональной системы, полноценная организационная

⁴ Свидетельство тому, например, персональный состав РАМН, в основном представленный руководителями лечебных учреждений, далеких от научной деятельности, но имеющих символические кафедральные совместительства, часто на базах «своих» учреждений.

(деловая) культура системы «власть—собственность» с многовековой историей, модернизированная под новый тип государственного и экономического устройства. Характерным для него является управление зависимыми субъектами (руководителями), а не объектами (имуществом), хотя следовало бы наоборот, как принято в странах с социальной рыночной экономикой. Неизбежное производное от централизованной экономики и монополизации собственности — компенсаторный неформальный институт реализации ее прав в условиях неопределенности и отсутствии действующих законных регуляторов.

Институциональной ценой терминальной задержки реформы отношений публичной собственности в социальной сфере, с преобладанием теневого оборота в сфере предоставления медицинских услуг государственными учреждениями является невозможность осуществления искомым инноваций и инвестиций в здравоохранение за рамками разговоров, круглых столов и дискуссий. Это предопределено инфраструктурой и монополизированным имущественным комплексом отрасли, находящимся в коллективной собственности бюрократии в виде формально государственного имущества, задействованного в гражданском обороте. Такое системообразование не нуждается и в конкуренции — она заложена внутри самой системы в виде «конкуренции администраторов».

В новых обстоятельствах институт учреждений, расширивший свои права и возможности привлечения средств, оказался идеальным местом реализации институциональной формулы «коррупция = монополизм + произвол — ответственность», тем более в условиях информационной закрытости. Сегодня по этим основаниям не может работать иначе — вне зависимости от личных качеств руководителей и размера финансирования.

Руководители медицинских учреждений и их подразделений в большинстве своем относятся к наиболее дееспособным и мотивированным представителям врачебного сообщества, способным несколько компенсировать институционально-бюрократические перекосы соблюдением этических принципов врачебной корпорации⁵. По мнению Д. Милля, известного британского философа XIX века, в качестве искусства поведения этика нуждается в науке: «Искусство ставить цель, которую нужно достичь, определяет эту цель и передает ее науке. Наука принимает ее, рассматривает ее как явление или факт, подлежащий изучению относительно того стечения обстоятельств, которыми оно причинно обусловлено». Современные институциональные теории и научные подходы отличаются вниманием к вопросам институционального проектирования, создающего условия управленческой вменяемости и надлежащего поведения исполнителей при соответствующей институциональной профилактике возможных соблазнов.

Продолжение в следующем номере газеты

⁵ Медико-социальная хартия РФ, Конвенция о правах и обязанностях врачей в РФ (Медико...2001, Конвенция...2004).

Очередной международный конгресс ISPOR прошел 23—25 мая 2011 года в г. Балтимор, США. И в очередной раз он был практически полностью посвящен американским проблемам, в частности — обсуждению реализации реформы здравоохранения США, начатой год назад.

Одна из основных тем — исследования сравнительной эффективности медицинских технологий. На эти исследования в рамках реформы выделено \$1,1 млрд. На самом деле исследования заключаются в сравнительной оценке медицинских технологий в условиях «реального мира». Почему это так важно? Потому что до сих пор большинство исследований, проводимых за счет индустрии, ориентированы на изучение действенности (эффекту, эффект в условиях клинических исследований, со строгими критериями включения и исключения, некими идеальными «усредненными» пациентами) и не всегда проводят прямые сравнения с другими конкурентными технологиями. Гораздо чаще эффективность изучается по сравнению с плацебо, типичной практикой или не основными конкурентами. Все это значительно осложняет принятие решений, так как основной массив данных очень трудно распространить на общую популяцию, а для того чтобы понять, какой препарат или технология лучше, нужно проводить моделирование, что снижает ценность полученных данных. В США решили начать решать эту проблему. В практической реализации продвижения на сегодняшний день практически нет, только начинают определяться институты, ответственные за планирование, распределение средств, мониторинг и контроль. В частности, создается специальный Институт исследований пациент-ориентированных результатов, который будет играть одну из центральных ролей в процессе.

Также участники имели возможность ознакомиться с многочисленными постерными работами, обсуждение которых проводилось в последний день конгресса и лучшие работы были отмечены призами.

Всего в работе конгресса приняли участие 16 специалистов из России. В рамках конгресса прошел традиционный российский форум, в этом году он был посвящен реформированию здравоохранения России, в частности, принятию законов «Об обращении лекарственных средств», «Об обязательном медицинском страховании», разработке 3 проектов федеральных законов и федеральной целевой программы по развитию фармацевтической и медицинской промышленности. Участ-

ники заслушали выступление президента МОООФИ, профессора П.А.Воробьева. Презентация размещена на Интернет-сайте www.ispor.ru.

До начала конгресса 21 и 22 мая были организованы образовательные курсы для предварительно зарегистрировавшихся участников конгресса. Основными темами коротких курсов были моделирование, в том числе с применением специализированных программ, исследования «реального мира» на основании сведений, полученных от пациентов, оценка показателя «затраты—эффективность», работа с базами данных, проведение метаанализа и многое другое.

Отчет о XVI международном конгрессе Международного общества фармакоэкономических исследований

О. Борисенко, Л. Краснова



Также участники российской делегации посетили клинику медицинского факультета Университета Джона Хопкинса — одного из ведущих медицинских учреждений мира. Визит был организован профессором Матвеевым Н.В. В рамках визита для участников делегации был проведен 3-часо-



вой семинар по актуальным вопросам реформирования здравоохранения США. Директор по международному развитию Майкл Кларк рассказал об активности корпорации «Джон Хопкинс Медицина» зарубежом, в частности корпорация поддерживает около 20 медицинских центров по всему миру, в которых оказывают медицинскую помощь проводится по стандартам университета и при участии ведущих врачей клиники.

Профессор Школы общественного здоровья Блумберга Кевин Фрик рассказал о практическом применении результатов сравнительной оценки медицинских технологий. Обсуждался вопрос выбора метода при проведении этой оценки.

С интересным докладом о применении телемедицины в Университете выступил Алекс Нейсон. Применение последних достижений техники связи осуществляется представителями всех медицинских специальностей для диагностики, лечения и профилактики заболеваний.

Была проведена небольшая экскурсия по клинике с осмотром онкологического центра и детского приемного отделения. Скорая помощь заезжает под козырек, прямо оттуда пациент попадает сразу в условия интенсивного ведения. А за стенкой играют дети, пришедшие на амбулаторный прием. По нашим меркам, все очень небольшое по размеру, но зато функционально.

Проходя по многочисленным коридорам клиники, примерно каждые 40—50 метров встречаешь сотрудника, который помогает вам найти то, что вы ищите. Особое впечатление на участников делегации произвело наличие отдельного входа в клинику прямо со станции метро. В целом все компактно и удобно для больных, посетителей и персонала.

В заключение конгресса состоялся гала-ужин, где участникам предложили отведать блюда из Мерилендских крабов. В качестве музыкального сопровождения традиционно выступал Вильям Лендеркинг, а также исполнительный директор российского филиала ISPOR Борисенко Олег Васильевич исполнил несколько американских хитов и русские народные песни. Когда зазвучали «Очи черные», с большим воодушевлением начали подпевать коллеги из дружественной Польши.

Следующий Международный конгресс ISPOR запланирован на 2—6 июня и пройдет в г. Вашингтоне, США. Мы рады пригласить всех желающих присоединиться к российской делегации на предстоящих конгрессах. Более подробная информация будет размещена на сайте МОООФИ заблаговременно.

Минздравсоцразвития прогоняет через Думу новый закон о здравоохранении. Как и год назад, слушать никого не хотят. Сами знают все. Но выступило Пироговское движение врачей России с заявлением о невозможности принятия закона в таком виде. Леонид Рошаль, который вначале не поддерживал это заявление, вдруг стал говорить о невозможности принятия закона. Представители Пироговского движения в мае провели переговоры с рядом политических партий, результатом одних переговоров стала организация в Думе круглого стола по проблемам здравоохранения. Предложение последовало от лидера КПрФ Г.А. Зюганова. Более того, он, будучи на встрече с Д.А. Медведевым, просил не форсировать принятие закона и вроде был даже услышан.

В момент написания статьи еще не ясно — будет ли закон приостановлен. Да это и не очень важно для данного текста. Сногсшибательная новость: экспертов допустили до обсуждения законопроекта в Думе. Беспрецедентное решение. Так черным по белому написано. Может быть кто-то думал, что при принятии законов можно что-то обсуждать? Или есть такое правило? Ошибаетесь. Они все знают сами.

Впрочем, экспертов допустили не всех, только тех, кто «за». Тех, кто «против» или сомневается попросили не беспокоиться. Кроме особо неумного Леонида Рошалья, которого проигнорировать не удалось. На чтениях, накануне внесения в Думу, ему слова не дали, но в рабочие группы допустили. Он там настойчиво повторяет: закон принимать нельзя, нельзя в таком деле торопиться. Вежливо улыбаются присутствующие, мол, что взять с городского сумасшедшего. И продол-

«выделило» зам. министра В.И. Скворцову. Собственно с нее и начались доклады. Г.А. Зюганов, представляя чиновницу, спросил ее, верно ли говорят, что она единственный медик в руководстве Минздравсоцразвития. Опровержения не последовало.

Выступление заместителя министра В. Скворцовой о новом законопроекте получило оценку присутствующих экспертов как некомпетентное. Степень выражения протеста была различной, но единодушной. Так, В. Власова возмутили слова зам. министра о том, что

закон обосновывается право (!) больного на платные медицинские услуги. Вот так право — его предоставят с превеликим удовольствием. Ведь в законе теперь устанавливается возможность оказывать одновременно и в одном месте платные и бесплатные услуги. Всем понятно, какие будут превалировать?

И как понять, что должно быть бесплатным? Минздравсоцразвития, депутаты в один голос твердят: в законе все четко разделено. Такое впечатление, что мы читаем разные тексты. Всем непонятно — а им понятно. Впрочем, из уст Скворцовой услышали и еще одну новость: оказывается, разработчики закона имели в виду и считали, что это всем текстом закона говорится, явствует, так сказать. Немного, немало — об ответственности государства за систему здравоохранения в стране. Ибо такой ответственности просто не прописано. А закон такая штука: не прописано — значит этого нет. И никого не будет интересовать, что там разработчики думали или подразумевали. Тем более, что их никто и не знает.

Страсти по закону

П. Воробьев

Стенограмма на сайте RSPOR.RU



жают свою работу по созданию вида, что вносят изменения в закон. Мое присутствие (никто не звал, сам пришел) игнорируется неповоротом головы и напряженной спиной (помните — не повернув головы качан...). Таковы нынче нравы среди думцев.

Новый закон фиксирует все недостатки современного нам здравоохранения. Авторы гордятся, рассказывают всякие небылицы о том, чего в законе нет и не хотят (или уже не могут) понять, что здравоохранение страны в таком глубоком и системном кризисе, что для того, чтобы вытащить его оттуда нужны беспрецедентные меры, в том числе — и законодательные. Экспертам же очевидно, что новый закон кризис в медицине усугубляет, создает условия для полной продажи учреждений здравоохранения в частные руки, для перехода от частичной оплаты государством медицинской помощи в полную ее платность, для наращивания коррупции, для обнищания врачей, для бесправия пациентов.

Все партии, кроме дисциплинированной Единой России проголосовали против принятия закона в 1 чтении (ЛДПР, правда, просто не голосовала, но В.В. Жириновский заявил открыто о своем неприятии закона). Но угроза есть, что закон будет принят и во втором чтении в начале июля. Поэтому круглый стол 16 июня был весьма актуален и вовремя. Вместе с фракцией Компартии в Госдуме его организовывали Форумный комитет РАМН, Пироговское движение врачей, Общества фармакоэкономических исследований и доказательной медицины, Союз пациентских организаций. В зале — а в Думе зала не нашлось, кроме предбанника перед кабинетом Г.А. Зюганова — и на том спасибо аппарату Госдумы, могли бы санитарный день объявить — собралось более 100 человек. Минздравсоцразвития вначале не собиралось участвовать, но спохватилось,

молодой врач после института сразу должен идти работать. Помниться, некоторое время назад Скворцова предлагала укоротить обучение до 4 лет и после этого отправлять «на участок». Как может врач, ученый заявлять о необходимости и возможности врача сразу по окончании ВУЗа идти работать — задался вопросом Президент Общества доказательной медицины В. Власов. Кем? Живодером? В мире еще несколько лет врач учится, работая резидентом, практикантом под управлением опытного специалиста, согласовывая каждый свой шаг и даже мысль. Мы, видимо, пойдем другим путем.

Или разговоры о стандартах. Мол, они будут обязательны для всех в стране. Так не бывает. Если бы можно было лечить по стандартам — врачи стали бы не нужны. Стандарты — ориентировочная основа действий, общее указание направления действий, подсказка врачу. Не более того. И еще — важное значение — экономические модели можно построить, рассчитав, что и сколько будет стоить, чтобы в бюджет деньги заложить. А в конце года модель подправит с учетом реалий, изменить стандарт, сделать его более приближенным к жизни. Или поправить врачей, отстающих постоянно от стандарта в необоснованную современную науку сторону. Так — опять — живет мир. А мы изобретаем велосипед.

Но и с экономикой все неоднозначно. Сотрудник Высшей школы экономики Л. Попович продемонстрировала выдержки из презентаций Минздравсоцразвития по расчетам затрат на основе стандартов. Получается, что предлагаемое финансирование более чем в 2 раза будет меньше расчетного. Откуда — позволяйте спросить — буду брать деньги? Закладываются поборы с больных просто самим законом. Более того, в

Безусловно, ключевым стал доклад Форумного комитета РАМН о положении в здравоохранении страны. Это большое эмпирическое исследование выпущено в виде книги в 160 страниц — результат огромного числа интервью, опросов, бесед, личных наблюдений сделанных в ходе необычного автопробега «За справедливое здравоохранение» по стране от Москвы до Сахалина, предпринятого автором в 2008—2010 гг. Участники этого мероприятия посещали больницы, врачей, фельдшеров в поселках, куда в течение большей части

года можно лишь вертолетом долететь. В докладе и анализ публикаций в СМИ, мнений экспертов Форумного комитета, обсуждение в Интернет-сообществе. Здравоохранение в Докладе рассматривается комплексно, с разных позиций, в том числе и самих пациентов. Без преувеличения можно сказать, что такого исследования ранее просто не было. Здесь, как из пазлов, смальты выложено целостное панно системы.

Вот лишь некоторые, наиболее яркие названия глав Доклада: «Ситуация в районах и поселках», «Дело врачей», «Молодым куда у нас дорога», «Больничный лист как атавизм», «Откаты и взятки как двигатель прогресса», «Тюремная медицина — время надежд», «Концепция профессиональных служб» и т. д. Зал слушал выступление в полной тишине, лишь иногда Г.А. Зюганов позволял себе реплики, подкрепляющие и усиливающие представленный материал.

Авторы доклада не ставили задачу очернить действительность или кого-то обвинить лично, хотя доклад вскрывает многие негативные явления существующей системы. Доклад Форумного комитета — не сборник анекдотов, в нем изложены и обоснованы принципы реформ системы. Мнение авторов, что, чем раньше они будут реализованы, тем легче система здравоохранения переживет тяжелый период депрессии, тем меньший урон будет нанесен жизни и здоровью граждан. Вместо существующей коррупционно-аппаратной системы здравоохранения должна появиться пациент-ориентированная система. Данный доклад является основой для дискуссии о путях развития здравоохранения страны, отправной точкой создания концепции развития медицины. А без такой концепции нельзя ни написать закон ни, тем более, его принять.

В целом на круглом столе выступило около 20 экспертов. Мнения были похожими, выступающие поддерживали основные тезисы доклада и вводили новые примеры тяжелейшего положения здравоохранения. В итоге была принята резолюция, в которой говорится о необходимости приостановки рассмотрения законопроекта «Об основах здравоохранения...» до разработки и утверждения концепции развития медицины в стране и всенародного обсуждения закона, о необходимости немедленного значительного увеличения финансирования здравоохранения в размерах не менее 6% ВВП (только не надо петь песню, где взять деньги: только остановив воровство на самом верхнем этаже медицины, можно дополнительно получить многие сотни миллионов рублей), о необходимости обеспечения всего населения основными жизненно необходимыми лекарствами за счет консолидированных средств, об изменении материального положения медицинских работников. Было принято предложение Пироговского движения врачей России о создании Национального Совета при Президенте по вопросам охраны здоровья населения, о ежегодном докладе руководителей регионов и Президента страны о состоянии здоровья населения. Будем надеяться, что эти рекомендации будут услышаны чиновниками, а чтобы это дошло до людей, мы позаботимся сами.

**ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ
ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ ТЕРАПЕВТОВ
МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО
НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ
5 апреля 2011г**

Председатели: проф. В.Е. Ноников

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

Секретарь: И.В. Тюрина

Повестка дня:

Неосложненные инфекции нижних мочевых путей

В.Е. Ноников: Слово предоставляется профессору Синяковой Любови Александровне, кафедра урологии с курсом андрологии РМАПО: «Взгляд уролога»:

Почему мы на обществе терапевтов обсуждаем инфекции мочеполовых путей в первую очередь у женщин? В первую очередь высока встречаемость этих инфекций, для острого пиелонефрита в России составляет 1 500 000 случаев в год, а циститы встречаются в 18 раз чаще. Заболевание встречается у женщин трудоспособного, репродуктивного возраста, высока вероятность рецидивов — до 3 раз в год. При анкетировании более 500 женщин с циститом, оказалось, что симптомы инфекции у них встречались нечасто — всего у 18% случаев, но у более половины из них развивались рецидивы инфекции. За первые 6 мес частота рецидивов 27%, но за год — у 50% женщин.

Инфекции нижних мочевых путей, а это в первую очередь цистит, острый цистит, когда женщина обращается к нам с симптомами учащенного болезненного мочеиспускания. Нужно подобрать адекватную антибактериальную терапию, а для этого надо знать наиболее часто встречающегося возбудителя острого цистита. В многоцентровом, международном исследовании (АРЕСТ, 2004—2006 гг.), была выявлена подавляющая частота при неосложненных инфекциях нижних мочевых путей у женщин возбудителя — кишечная палочка (у 96%). Другие возбудители встречались гораздо реже: стафилококк, клебсиелла и протей. В России (2005—2007 гг.) оказалось, что если в 2001—2002 гг. возбудителем была кишечная палочка (86%), то через 5 лет частота кишечной палочки упала почти на 10% до 74%, энтерококки — более 4%, клебсиелла (6,5%). Это возбудители полирезистентные, для которых нужны специальные антибактериальные препараты.

При остром цистите нам достаточно проанализировать симптомы заболевания и получить результаты общего анализа мочи. Мы не ждем результатов бактериологического исследования, потому что они будут готовы через 3—5 дней, а за это время мы нашу пациентку должны вылечить. При рецидивирующей инфекции эмпирическая терапия может оказаться недостаточно эффективной, и результаты посевов нужны обязательно.

Европейская ассоциация урологов в 2010 г. сформулировала, когда необходимо выполнять посев мочи при неосложненных инфекциях мочевых путей. Обязательное условие — если пациент получал антибиотики последние 3 месяца, нужно выполнить бактериологическое исследование, когда есть признаки восходящей инфекции, признаки пиелонефрита, когда пациент — мужчина. У мужчин все инфекции нижних мочевых путей являются осложненными. Обязателен посев для пациентки с осложненными инфекциями нижних мочевых путей, или в старшей возрастной группы.

Почему инфекции нижних мочевых путей так часто рецидивируют: это близкое расположение влагалища, ануса и то что грам-минус микробы прекрасно размножаются в кислой среде которой является моча. Но есть еще факторы, которые раньше меньше учитывались: это большое количество инфекций передаваемых половым путем и частые сопутствующие гинекологические заболевания, и аномальное расположение наружного мочеиспускательного канала, когда уретра находится над входом во влагалище. При этом каждый раз при половом акте происходит инфицирование. Уретра зияет, инфекция из влагалища попадает в наружное отверстие и в мочеиспускательный канал и возникает рецидив цистита. Какую бы антибактериальную терапию мы бы ни проводили, какую бы посткоитальную профилактику мы нашей пациентке не предлагали, у нее будут рецидивы уретрита, а потом и цистита. Здесь нужно оперативное перемещение наружного отверстия уретры в более высокое положение.

Из чего складывается алгоритм лечения острого цистита? Предлагаюсь в качестве препаратов выбора для лечения — это фторхинолоны как высоко эффективные препараты по отношению к кишечной палочке. В настоящее время фторхинолоны отнесены к препаратам альтернативного ряда. На 1 месте фосфомицина трометамол и препараты нитрофуранового ряда — нитрофурантоин.

Если у пациентки факторов риска нет, то это короткий курс — 1—3-дневный. Если есть факторы риска, то лечение продолжается в течение 7 дней. Затем повторный осмотр: если наступило выздоровление, то проведение каких-либо лечебных мероприятий и обследований не требуется. Но если лечение оказалось неэффективным или возник рецидив инфекции, тогда больным должны быть проведены обязательно урологические обследования для уточнения причин рецидива. Если это ре-инфекция, большой показан проведение профилактических мероприятий.

Бесконтрольное и частое применение антибактериальных препаратов, безрецептурный отпуск таких пре-

паратов, как фторхинолоны приводит к развитию выраженной резистентности возбудителей, которая определяет неэффективность антибактериальной терапии. Резистентность приводит к развитию рецидивов, необходимости госпитализации, возникновению восходящей инфекции и к удорожанию лечения этих пациентов.

Изменились подходы к лечению инфекций нижних мочевых путей еще и в связи с тем, что выяснилось — на поверхности дренажей, катетеров, камней развиваются биопленки: ассоциации микробов покрытые пленкой, через которую не проникает большинство антибактериальных препаратов. Биопленки образуются не только на катетерах и дренажах, но они образуются на слизистой мочевого пузыря. Поэтому, если мы назначаем препарат, который не проникает внутрь этой биопленки, то возникают рецидивы, потому что большинство антибиотиков действует на микробы, свободно плавающие в моче. Поэтому надо подбирать препараты, способные проникать через биопленку.

Почему в России не работают некоторые антибактериальные препараты? Из-за очень частого и бесконтрольного применения антибиотиков. Амоксициллин. Во всех российских исследованиях, начиная с 1998 г., резистентность кишечной палочки к амоксициллину составляет более 30%. Препарат не работает. Бисептол — резистентность составляет от 17% в 1998 г., до 19,5% в 2005 г. Главная причина рецидивов — неадекватная антибактериальная терапия.

Какую цель мы преследуем, проводя антибактериальную терапию при неосложненных инфекциях нижних мочевых путей? Женщину больше всего беспокоит учащенное болезненное мочеиспускание, и если мы купируем симптомы, это позволит восстановить трудоспособность и социальную активность. Очень важная задача — проведение профилактики развития восходящего пиелонефрита и профилактики рецидивов.

Чем отличаются рекомендации европейской ассоциации урологов для лечения неосложненных инфекций нижних мочевых путей 2003 г. от рекомендаций 2010 г.: в 2003 г. на первом месте в качестве препаратов выбора предлагались фторхинолоны, а в 2010 г. фторхинолоны отнесены к альтернативным препаратам, надо избегать назначения системных фторхинолонов при неосложненном цистите.

Триметаприл сульфаметаксозол или бисептол можно применять, но не для эмпирической терапии, и только в тех регионах, где резистентность кишечной палочки к нему ниже 20 %.

Нитрофурантоин, фосфомицина трометамол в различных многоцентровых рандомизированных и контролируемых исследованиях показал высокую эффективность по отношению к основному возбудителю нижних мочевых путей. Вот здесь представлены результаты исследований в которых участвовали 10 стран. Кишечная палочка была основным возбудителем. Препараты, к которым чувствительность кишечной палочки составляла 80—90%, это фосфомицин, и милсеринам, которого нет в России. Это нитрофурантоин и это ципрофлоксацин. Но если фосфомицин показал такую высокую активность по отношению к кишечной палочке, во всех 10 странах, то ципрофлоксацин показал высокую активность только в 3 из 10 стран. Потому что сформировалась резистентность к фторхинолонам, а ципрофлоксацин один из представителей этой группы.

Антимикробная активность фосфомицина высока, он проникает внутрь биопленок, разрушает уже сформированные биофильмы и препятствует образованию новых биофильмов. Почему можно фосфомицина трометамол при остром цистите у пациентов без факторов риска назначать однократно по 3 гр.? Потому что препарат сохраняется в высокой концентрации в моче до 80 часов. Это как-раз то время в течении которого мы должны вылечить пациентку с острым неосложненным циститом. Нужно помнить что не следует назначать препараты нитрофуранового ряда женщинам пожилого возраста, особенно тем, которые имеют хронические заболевания легких — одно из побочных действий препарата — это пневмониты. При заболеваниях печени, особенно при печеночной недостаточности, также не следует применять препараты нитрофуранового ряда — они могут вызывать лекарственный гепатит.

После адекватной антибактериальной терапии, зная что частота рецидивов крайне высока, нужно подобрать профилактическую терапию для предотвращения развития рецидивов. Это профилактическое использование антибиотиков, использование пробиотиков и использование препаратов, основным действующим веществом которых является клюква. Можно использовать 1 из фторхинолонов или цефалоспоринов 2 или 3 генерации. Если рецидивы возникают после полового акта — это применение одного из препаратов в профилактических дозах после полового акта, это называется посткоитальная профилактика, для нее рекомендуют и уролаксон. Применение этого препарата позволяет уменьшить число рецидивов, уменьшается бактериурия, лимфоцитурия, и срок, в который уменьшает количество рецидивов от 3 до 12 месяцев.

Если возникают редкие рецидивы и нет возможности обратиться к врачу, рекомендуют самостоятельное применение антибиотиков. Мы не подтверждаем эту рекомендацию: самостоятельный прием антибиотиков обычно оказывается неэффективным.

Рекомендуются препараты, которые содержат клюкву. Но не просто клюкву, а действующим веществом является проантоцианидин-а. Эта профилактика оказывается эффективной в том случае, если в препарате содержится определенное количество этого проанто-

цианидина-а а именно 36 мг. Почему этот препарат новый, который называется Монурель (примечание редактора: Монурель — не лекарство, а биологическая добавка!), содержит именно это количество вещества проантоцианидина-а что он может использоваться в качестве профилактического средства. Мы говорили, что одна из причин рецидивов — это адгезия бактерий к стенке мочевых путей, так вот такое количество клюквы какраз препятствует адгезии кишечной палочки в клетку Монурель обладает антиадгезивными свойствами. При частых рецидивах (более 3 рецидивов в год) препарат назначается по одной таблетке в 2 недели в течение 3 месяцев.

Как должно выглядеть обследование со стойкой дизурией? Надо тщательно собрать анамнез, анализ мочи, обязательно посев мочи на флору и чувствительность. Осмотр в зеркалах урологом для исключения анатомических изменений. Обследование на инфекции, передаваемые половым путем, если пациентка страдает более года симптомами инфекций нижних мочевых путей, такую пациентку нужно госпитализировать для проведения тщательного урологического обследования, и это обследование должно содержать цистоскопию и биопсию, с морфологическим исследованием биоптата.

Терапевт может лечить пациентку с жалобами на болезненное мочеиспускание только при клинической картине впервые возникшего острого цистита и отсутствии факторов риска. И в заключение я хотела бы сказать что профилактика лучше чем лечение, потому что она позволяет предотвратить развитие болезни.

В.Е. Ноников: Спасибо большое! Есть вопросы?

Вопрос: А беременным женщинам что вы рекомендуете?

Ответ: Беременным женщинам, начиная со II-го триместра беременности для лечения бессимптомной бактериурии и острого цистита разрешается фосфомицинатрометамол или монурал.

Вопрос: Лечение монуралом всегда 3 грамма?

Ответ: Лечение монуралом, если речь идет о неосложненном остром цистите у пациентки без факторов риска, это однократное назначение в дозе 3 грамма. Если мы говорим про рецидивы, тогда монурал назначается 1 раз в 10 дней в течение 3 месяцев.

В.Е. Ноников: Спасибо большое, а теперь мы прослушаем взгляд клинического фармаколога, Владимир Владимирович Архипов, профессор кафедры клинической фармакологии Первого московского медицинского университета.

Существуют разные классификации антибиотиков, одна из них, которая имеет огромное клиническое значение, это разделение препаратов на гидрофильные и липофильные препараты. Гидрофильные — растворимые препараты, которые хуже проникают в ткани и выводятся преимущественно почками, в не измененном виде, например пенициллин. Липофильные препараты лучше проникают в ткани, внутрь клеток, могут атаковать возбудителя, расположенного внутри макрофагов и метаболизируются главным образом в печени, выводятся в виде неактивных метаболитов.

Острый цистит — один из редких случаев, когда липофильные препараты не только недостаточно эффективны, но и больше клинического смысла назначать гидрофильные препараты. Ведь в случаях острого цистита возбудитель не находится в тканях, он находится на поверхности слизистой мочевых путей, мочевого пузыря. Именно здесь гидрофильность имеет свои преимущества.

Еще одна проблема, которая касается в первую очередь хронической мочевой инфекции, то же самое мы видим и при лоринфекциях, и при хронической инфекции дыхательных путей — это формирование биофильмов. После первичной адгезии образуются колонии, которые покрываются экзополисахаридом, желеобразным веществом, очень трудно проникаемым для антибиотика. И в этих случаях наши гидрофильные средства зачастую работают не очень эффективно. Большинство грамположительных кокков, которые 72 часа находились в инкубации с достаточно серьезными антибактериальными средствами, сохранилось. Если мы сравним НПК для возбудителя, находящегося в жидкой среде в планктонной форме и в биофильме, то величина может отличаться в 250 раз.

Конечно, даже гидрофильные препараты из мочи, находясь в недостаточной высокой концентрации, не могут обеспечить уничтожение бактерий, которые находятся в биофильме.

Еще одна проблема — откуда берется возбудитель острого цистита? Это тот микроорганизм, который достаточно долго жил вместе с человеком, который попал в мочевые пути из половых путей, с кожи, и как правило, это обычная кишечная палочка, которая является сапрофитом. При этом все антибиотики, которые человек получал в последнее время, могли на нее оказать воздействие и увеличить резистентность. Огромная разница в резистентности наблюдается и через месяц и фиксируется на протяжении полугода. Наши больные не всегда получают антибиотики по назначению врача. Многие принимают его как средство от повышения температуры, по рекомендации подруги, сотрудника аптеки.

Вот данные исследований в 1998—2002 гг. мочевой инфекции у женщин, беременных, подростков. Между этими исследованиями промежуток не более 5 лет. Видно, как сильно увеличилась резистентность к ряду антибактериальных препаратов. К сожалению, наша страна единственная, где можно купить антибиотики без рецепта и назначения врача. На этом фоне выгодно смотрится Монурал — 0% резистентности в 1998 г. и

Начало на стр. 7

менее 1% в 2005 г. Почему все остальные увеличились, в том числе и ципрофлоксацин, а с Монуралом ничего не произошло. Потому что это специфический антибиотик, который назначается только при мочевой инфекции, который пациенты не получают по поводу простуды, респираторных заболеваний и т. п. Монурал — это единственный антибиотик, который не имеет в своей форме структурных аналогов.

К сожалению, не все препараты, которые есть у нас на рынке, отвечают всем критериям качества, и лишь малая их часть прошла тест на терапевтическую эквивалентность. Вот одно из исследований 20 генериков известного клоцида клоритромицина: 20% не содержит необходимого количества препарата в 70% высвобождение препарата неравномерно и в недостаточном количестве. В 80-х гг. была создана межведомственная комиссия, куда вошли и медики, и представители фармацевтической промышленности, фармацевты. Перед ними стояла одна задача: почему отечественный аспирин отличается по своим характеристикам от немецкого, который был разработан еще в XIX веке? Оказалось, что при затвердевании таблеточной массы у наших таблеток кристаллы салицилата были в 4—5 раз больше, чем в немецком препарате, поэтому они медленнее растворялись. К сожалению, во многих случаях высвобождение активного вещества не обеспечивает необходимых концентраций, что тоже ведет к росту резистентности.

А что происходит при мочевой инфекции, если мы лечим неправильно? В общем-то ничего страшного: большинство больных ответит на назначение антибиотика уменьшением симптомов, температура при цистите не выражена, она быстро упадет и как будто бы все становится хорошо. Однако при этом эрадикация не наступает, происходит селекция резистентных штаммов, которые впоследствии вызывают рецидивы цистита.

Если мы говорим о применении фосфомицина (монурала) при лечении острого цистита, то это, во-первых, препарат, который не назначается по другим поводам, во-вторых, у него нет перекрестной устойчивости, поэтому в этом исследовании взяли штаммы, устойчивые к фторхинолонам и они оказались в 20% случаев устойчивыми к другим антибиотикам. Однако, все они оставались чувствительными к фосфомицину (монуралу).

Еще одна особенность монурала — он не связывается с белками плазмы. Другие антибиотики связываются с белками плазмы, и это в мочу поступает доля препарата, которая с белками плазмы не связана: 20% цефалоспорины, 50% фторхинолоны. Монурал весь поступает в мочу, где оказывается в очень высокой концентрации: в 440 раз выше по сравнению с МПК для кишечной палочки. Особенность монурала и в том, что он сохраняется в течение многих часов. Таким образом, при остром цистите, при неосложненном цистите однократного назначения монурала вполне достаточно.

В ходе мета-анализа 200 рандомизированных клинических исследований изучалось, как больные принимают препараты. На 3-й день лечения лишь 44% пациентов выполняют рекомендации врача. Если антибиотик назначен по поводу инфекции, на 9-й день лечения только 18% его принимают. Если препарат назначается 4 раза в день, то комплаенс будет гораздо меньше, чем при однократном назначении. К сожалению, чем эффективней препарат, чем быстрее он приводит к исчезновению симптомов, тем легче пациенты отказываются от лечения, прекращая его принимать. Обычно при повторном назначении антибиотика растет пиковая концентрация и растет время, в течение которого концентрация антибиотика превышает МПК. Теоретически существуют 2 фазы: 1) размножение бактерий невозможно, 2) когда концентрация низкая, у бактерий остаются шансы (особенно если они не в свободной форме, а в виде биофильмов). Если пациент пропускает дозу, то время, когда бактерии имеют возможность восстановить свою популяцию,

увеличивается, а возобновление приема начинается с более низких концентраций, темп повышения концентрации замедляется. Если используются препараты, концентрация которых быстро уменьшается, либо надо обеспечить хороший комплаенс, либо эффективность лечения падает.

Существует классификация категории риска для беременных, которая позволяет врачу выбирать препарат. К сожалению, нет ни одного антибиотика с категорией риска А, т. е. абсолютно безопасных. В основном это категория В, когда нет доказательств риска, или С, когда риск нельзя исключить. Из тех препаратов, которые мы используем, к категории В относится пенициллин, который при остром цистите неэффективен, нитрофураны (здесь надо помнить, что у пациентов с дефицитом глюкозы 6 фосфатдегидрогеназы они могут оказаться опасными) и фосфомицин. Все остальное относится к категории С. Очень внимательно надо относиться к тетрациклинам и аминогликозидам: эти препараты ни при каких обстоятельствах не должны назначаться беременным.

С точки зрения безопасности, монурал является безопасным антибиотиком. Он не проникает в органы и ткани, где бы он мог вызвать побочные эффекты. Единственные нежелательные эффекты связаны с желудочно-кишечным трактом — тошнота, диарея и абдоминальные боли.

Мы не можем растворить биопленки, биофильмы (а если и можем, то придется растворить здоровые клетки), но мы можем помешать начальному этапу — первичной адгезии. Было показано во вполне серьезных рандомизированных исследованиях, что 750 мл клюквенного сока обеспечивает снижение выраженной адгезивности кишечной палочки. Есть Кохрейновский анализ: 10 исследований, более 1000 пациентов: применение клюквенного сока или препаратов, созданных на его основе, имеют эффект и на 45% снижает риск повторных эпизодов мочевого инфекции.

Вопрос: У нас есть клюквенные таблетки?
Ответ: Есть!

Монурель — существует достаточно долго в западных странах, успел пройти десяток клинических исследований в которых он доказал свою эффективность.

Вопрос: Язва является противопоказанием для этого препарата?

Ответ: Острая язва является противопоказанием, т. к. там высокая доза витамина С. А если болезнь находится в стадии ремиссии, то можно аккуратно использовать препарат.

В.Е. Нонинов: Уважаемые коллеги! Мы с вами прослушали 2 совершенно замечательных доклада, и они отлично дополняли друг друга. О чем бы я хотел сказать: действительно у нас в стране с генериками просто бедствие. Потому что, если в других странах количество генериков ограничивается и они подвергаются хоть какой-нибудь проверке, то у нас этого нет. Я недавно был совершенно поражен, когда оказалось, что один из антибиотиков выпускается в деревне Сладкое, Московской области. Причем именно под торговым названием. И абсолютно неэффективен. Другой приведу вам пример: резко возросло количество псевдомембранозных колитов, и некоторые из них кончаются летальным исходом после применения генериковых цефалоспоринов, к сожалению, отечественно производства. Поэтому внимательно относитесь к этому. Если раньше принципы применения антибиотиков были понятны и ясны, то теперь надо смотреть, кто его производит.

У нас речь шла о фактическом сравнении разных препаратов, и показано в обоих докладах преимущество монурала. Действительно великолепный препарат. Но у нас речь шла об уроинфекциях у женщин, а в стране есть мужчины. Женщин, конечно, больше, но, тем не менее, по таким же показаниям препарат применяется и у мужчин. У них, конечно, реже цистит, но я знаю, что урологи применяют тот же монурал как предоперационную антибиотикотерапию, иногда при вмешательстве на предстательной железе. Я думаю что сегодняшняя наша встреча и те доклады, которые мы прослушали, полезны и помогут в итоге нашим больным.

Монурал®
ФОСФОМИЦИНА ТРОМЕТАМОЛ

СОЗДАН ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ
ЦИСТИТА

Zambon

ООО «Замбон Фарма»
119002, Москва, Глазковский пер., д. 7, офис 17
Тел. (495) 933-38-30 (32), факс 933-38-31

Академик Андрей Воробьев: Я — насквозь советский человек



Ньюдиамед, 2010 г. — 948 с.
ISBN 978-5-88107-081-6

Это книга о выдающемся враче, ученом и замечательном человеке академике Андрее Ивановиче Воробьеве, составленная в значительной мере из его выступлений, статей, клинических разборов, интервью, публикаций комментариев авторов-соавторов.

Читатель увидит, как пульсирует мысль, формируются непростые решения. В книге много исторических параллелей, необычных для современности взглядов по вопросам этики и морали. Книга одинаково интересна как врачам всех специальностей, так и читателям без медицинского образования.

По вопросам приобретения
обращаться:
Издательство «Ньюдиамед»
www.zdrav.net
E-mail: mtpndm@dol.ru
(499) 782-31-09

Оплатите счет на книгу и вышлите копию счета с почтовым адресом

ИЗВЕЩЕНИЕ	ООО «МТП Ньюдиамед» КПП 770201001 (наименование получателя платежа)
	7702245220 № 40702810500000000485 (ИНН получателя платежа) (номер счета получателя платежа)
в	АКБ «СТРАТЕГИЯ» (ОАО) (наименование банка получателя платежа)
	БИК 044579505 № 30101810000000000505 (номер кор.с банка получателя платежа)
Платательщик:	(ФИО и адрес платателя)
Назначение платежа:	
Кассир	За книгу «Я-насквозь советский человек» (с НДС-18%) Сумма платежа: 3000 руб. 00 коп. Платательщик: (подпись) Дата: 2011 года
КВИТАНЦИЯ	«МТП Ньюдиамед» КПП 770201001 (наименование получателя платежа)
	7702245220 № 40702810500000000485 (ИНН получателя платежа) (номер счета получателя платежа)
в	АКБ «СТРАТЕГИЯ» (ОАО) (наименование банка получателя платежа)
	БИК 044579505 № 30101810000000000505 (номер кор.с банка получателя платежа)
Платательщик:	(ФИО и адрес платателя)
Назначение платежа:	
Кассир	За книгу «Я-насквозь советский человек» (с НДС-18%) Сумма платежа: 3000 руб. 00 коп. Платательщик: (подпись) Дата: 2011 года

Вестник МГНОТ. Тираж 7000 экз.

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

РЕДАКЦИЯ: Главный редактор П.А. Воробьев

Редакционная коллегия: А.В. Власова (ответственный секретарь), А.И. Воробьев, В.А. Буланова (зав. редакцией), Е.Н. Кочина, Л.А. Положенкова, Т.В. Шишкова, Л.И. Цветкова, В.В. Власов, 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., Бурков С.Г., 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., Кактурский Л.В., Калинин А.В., Калыев А.В., Ключев В.М., Комаров Ф.И., Лазебник Л.Б., Лысенко Л.В., Маколкин В.И., Моисев В.С., Мухин Н.А., Насонов Е.Л., Нонинов В.Е., Палеев Н.Р., Пальцев М.А., Парфенов В.А., Позжева 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., Шлектор А.В., Ющук Н.Д., Яковлев В.Б.

Газета распространяется среди членов Московского городского научного общества терапевтов бесплатно

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

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

Отдел рекламы: директор по маркетингу Г.С. Рихард (495) 729-97-38

Внимание!

В адресе корреспонденции

обязательно указание МТП «Ньюдиамед»!

При перепечатке материала ссылка на Вестник МГНОТ обязательна.

За рекламную информацию редакция ответственности не несет.

Рекламная информация обозначена **б**