



ВЕСТНИК МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО

МОСКОВСКИЙ ДОКТОР

Июль–Ноябрь 2011

№ 6 (117)

НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ

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

ПРЯМАЯ РЕЧЬ

Модернизация институтов здравоохранения

Европейское определение прав человека в России официально закреплено принятой в 1991 году Декларацией прав и свобод человека, которая прямо определяет доминирующее место личности в системе ценностей общественного развития. В основе человеческой цивилизации (оргницилизации)⁶ лежат различия в доступе к владению, пользованию и распоряжению имуществом. В российском законодательстве принято самое упрощенное понятие собственности, распространяющееся лишь на вещи и рабочую силу. Там, где нет собственности, там, в принципе невозможны свобода, право, равенство, свободный человек, независимая личность. Именно личная собственность человека — его жизнь обеспечивает верховенство права собственности, невозможность поглотить его окончательно.

Социальные (общественные) отношения — это отношения собственности, количество которой всегда ограничено. Эти отношения регулируются институтами — сложившимися нормами и правилами системы управления государством и обществом⁷. Человек чрезвычайно чувствителен к действию институтов, основой которых в человеческом обществе является собственность. Ее четко установленные, научно обоснованные и хорошо защищенные права — основа соблюдения прав человека, формирования мировоззрения (идеологии, религии) и законодательства.

Институциональный подход сближается с близким нам социокультурно политэкономическим (экономсоциологическим) и пытается учитывать антропологические, психологические, эволюционные, социокультурные и биосоциальные аргументы, влияющие на реальное поведение человека. Система с этой точки зрения — это порядки и правила управления, основанные на характере распределения собственности. В теоретической основе социальной экономики собственность, подвергнутая индивидуализации, выступает в качестве доступного количественного эквивалента прав личности. Неинституциональный экономический подход, учитывая происхождение постсоциалистической собственности, рассматривает ее индивидуализацию не как способ обладания какой-то частью имущества, а в качестве правовой категории гражданских и профессиональных — социальных прав личности.

Во многих европейских странах стержнем реформы здравоохранения стало разделение функций финансирования и оказания медицинской помощи. Прямое подчинение медицинских организаций органу управления здравоохранения уступает место их взаимодействию на основе договорных отношений. Лидером реформы этого типа явилась Великобритания, в свое время заимствовавшая ряд основополагающих принципов советского здравоохранения и сегодня ставящая задачу создания «всеобъемлющей службы, доступной для всех и в любом месте на основании клинических потребностей пациентов, а не их платежеспособности». Ставится задача создания одной из лучших в мире национальной системы здравоохранения (NHS).

⁶ Оргницилизация (3-я природа) — определяет отношения людей к объектам 1-й (земля, воздух, вода, недра) и 2-й природы (города, техника, инфраструктура, предметная среда и т. д.). 3-я природа — вещество созданных людьми организаций — институтов. За счет характеристик человеческой личности оно (вещество) подвержено порче, ломке, коррозии, требует внимания и контроля. Процесс извлечения и обмена ограниченными ресурсами происходит в условиях отсутствия «абсолютной полноты блага» [Пригожин, 2007].

⁷ Любое соглашение между агентом рынка и стороной, устанавливающей правила игры (институты) автоматически снижает возможности других агентов — участников рынка.

Модернизация здравоохранения как ресурс десталинизации социальной сферы

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

Часть 2
(Начало в № 116)



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

Великобритания также является «расширение прав врачебного сообщества, предоставление ему большей автономии и ответственности за результаты своей деятельности, создание крупнейшего в мире социально ответственного предпринимательского сектора в здравоохранении за счет регулятивных рычагов, которые предоставят сотрудникам NHS больше возможностей влиять на будущее своих организаций, в том числе и на их руководителей» [Equitex...].

Актуальной задачей институциональных преобразований в здравоохранении в направлении социально-рыночной трансформации в первую очередь является создание адекватного общественным представлениям справедливости режима собственности с

соответствующими ограничениями и изъятиями, обеспечивающим предоставление гарантированных и оплаченных государством медицинских услуг, которые могут понадобиться каждому гражданину. Сходный вектор преобразований заявляет Концепция ГУ(НИУ)-ВШЭ «Модернизация российского здравоохранения: 2008—2020 годы».

Из концепций реформирования здравоохранения, официальных⁸ и нет, современным задачам модернизации, на мой взгляд, наиболее соответствуют предложения А. Тихомирова, представленные в большом количестве публикаций⁹ на страницах журнала «Главный врач: хозяйство и право» последних нескольких лет.

От всех других аналогичных работ предлагаемая концепция отличается тем, что в ней представлен конкретный юридико-правовой механизм осуществления социально-ориентированной модернизации постсоветского здравоохранения через преобразование института учреждений (чего ранее не было) на основе правового закона в рамках действующих границ и эволюции российского права, составлена транзитологическая «дорожная карта» реформы. Государственное регулирование имущественных отношений для вида деятельности с непосредственным социальным результатом предлагается осуществлять путем публично-правовой оптимизации арендных ставок на государственное и муниципальное имущество медицинского назначения (вплоть до символических «копеечных» аренд), ранжированных по режимам собственности, видам деятельности и налоговым освобождениям, что особенно важно на уровне амбулаторного звена муниципального здравоохранения. Фондирование, демпфирование для субъектов медицинской деятельности (врачей, коллективов) могут составить основу инновационного механизма, направленного на ресурсосбережение. Государство здесь выступает как в качестве арендодателя, так и полноправного субъекта рыночных отношений — платежной стороны в пользу выгодоприобретателя, т. е. пациента, а не «своего» учреждения, как сегодня.

Мировой опыт организации системы оказания медицинской помощи на современной основе показывает, что без привлечения самих медработников в качестве участников имущественных отношений существенные преобразования в отрасли невозможны. Основой институциональной модернизации собственно медицинской деятельности является придание врачу статуса субъекта гражданско-правовых отношений. Обретаемые в этом случае медработниками обязательственные (договорные) права и обязанности, тем более с учетом экономической нецелесообразности приватизации объектов здравоохранения, не носят характера «обладания», а имеют целью создание институциональной основы участия врачей в хозяйственном обороте, тем самым меняя основополагающий формационный элемент модернизации — характер трудовых отношений, в том числе его «теневую» составляющую. Без создания новой мотивации для врача возможности информатизации могут не дать ожидаемого результата. В условиях сегодняшних низких зарплат с высокой вероятностью они будут игнорироваться и иметь «затухающий» эффект. Средневековые институты плохо совместимы с новыми технологиями.

А. Тихомиров в качестве правового механизма создания массового частного производителя, учиты-

⁸ Комментарий к проекту Концепции развития системы здравоохранения в РФ до 2020 Концепция Минздравсоцразвития закрепляет сложившийся гибрид бюджетно-страховой системы, ориентируясь на достижения целевых демографических показателей через постоянное наращивание объема финансирования (до уровня 40—42 тыс. руб. на человека в год при нынешних 8 тыс. руб.) и улучшение администрирования [Акопян 2010].

⁹ В том числе в виде монографии «Социально-ориентированная рыночная реформа здравоохранения» [Тихомиров, 2007].

ИнтерНьюс

Ты записался в доноры органов?

Всех жителей ФРГ проверят на готовность стать донорами органов. Министры здравоохранения 16 федеральных земель Германии единогласно поддержали новую модель, регулирующую донорство органов и тканей. В соответствии с новыми правилами, каждый гражданин ФРГ в обязательном порядке будет опрошен о том, готов он стать донором или нет. В настоящее время в Германии действует иная, добровольная схема: любой гражданин, а также родственники пациента, находящегося в состоянии смерти мозга, могут по собственной инициативе заявить властям о готовности стать донором. При этом обязательного поголового опроса в стране не существует. Как отметила министр здравоохранения Северного Рейна-Вестфалии Малу Дрейер, поддержавшая введения новых правил донорства, «каждый гражданин или гражданка должны, по меньшей мере, один раз в жизни сознательно ответить на вопрос, готовы ли они стать донорами органов или нет». Впрочем, никого к ответу принуждать не будут: опрашиваемые смогут отказаться отвечать на этот вопрос. Отмечается, что предложение министров здравоохранения 16 федеральных земель уже нашло поддержку главы фракции ХДС/ХСС в бундестаге Фолькера Каудера и председателя фракции оппозиционной СДПГ Франка-Вальтера Штайнмайера. Оба заявили о намерении вынести на обсуждение соответствующий законопроект. По данным Spiegel, изменения в закон о трансплантации могут быть внесены еще до конца этого года. Результаты социологического опроса, проведенного кельнским институтом исследования общественного мнения YouGov, указывают на то, что подавляющее большинство граждан Германии (77%) согласны на новую модель. Против высказались всего 14% и еще 9% пока еще не определились. При этом каждый второй респондент (52%) заявил о готовности стать донором после смерти. В настоящее время в ФРГ в пересадке органов нуждаются 12 тысяч тяжелобольных, из них 8 тысяч ждут почки.

Источник: *vechnayamolodost.ru*

Минобороны «забраковало» каждого третьего призванного

Треть российских призывников не могут быть призваны на военную службу по состоянию здоровья. Такие данные заместитель начальника Генштаба ВС РФ Василий Смирнов. По мнению Смирнова, состояние здоровья призывников ухудшается. «35% граждан призывного возраста мы не имеем возможности поставить в строй по состоянию здоровья», — подчеркнул генерал-полковник запаса. Кроме того, замначальника Генштаба отметил, что около 30% новобранцев по состоянию здоровья имеют незначительные ограничения к прохождению военной службы. Он пояснил, что в связи с этим такие призывники не могут быть направлены в воинские части, где к солдатам предъявляются повышенные требования в плане физической и боевой подготовки. По информации Смирнова, всего в ходе весенне-летней призывной кампании на военную службу поступили более 218 тысяч новобранцев. Несмотря на то, что около 200 тысяч призывников уклонились от посещения военкоматов, план призыва был выполнен на 100 процентов. Генерал-полковник запаса добавил, что значительная часть уклонистов — москвичи.

Источник: «Интерфакс»

Ручное сцеживание молока оказалось лучше использования отсосов

К такому выводу пришла группа специалистов под руководством Валери Флэрманн из Университета Калифорнии в Сан-Франциско. В исследовании приняли участие 68 кормящих матерей, чьи дети неохотно брали грудь в течение первых 36 часов после родов. Женщин разделили на две группы: первая половина в течение 15 минут перед кормлением сцеживала молоко с помощью отсосов, а остальные проделывали то же самое руками. По результатам двухмесячного исследования, на грудном вскармливании находились 96% детей в группе женщин, сцеживавших молоко руками. Среди участниц исследования, использовавших отсосы, кормить детей грудным молоком продолжали лишь 73% матерей. Авторы исследования рекомендовали использовать отсосы тем женщинам, у которых установилась равномерная выработка грудного молока. По словам ученых, для недавно родивших мам, чьи дети по тем или иным причинам отказываются от груди, лучше подходит ручное сцеживание.

Источник: *Archives of Disease in Childhood*

Начало на стр. 1 ↗

вающим интересы основных «групп влияния» и снижающим конфликт существующих интересов, предлагает «партикуляризацию» учреждений здравоохранения без их приватизации» через юридическое разукрупнение и отделение субъектов (лиц) от объектов (недвижимости и особо ценного имущества), на функциональной основе, оформление новых имущественных отношений на основе обязательственного (договорного), а не вещного права (оперативного управления). Если приватизация — это частность объекта (недвижимости, особо ценное имущество) — о чем речи не идет, т. к. государственность остается в титуле собственника — государства, то партикуляризация — это частность субъекта (врача, юридического лица, медсестры и т. д.). Термины могут меняться, но суть должна быть такой.

Логика экономической социодинамики предусматривает, как отмечалось, обособление потоков финансирования в пользу государства (органов управления) — в казначействе и в пользу общества (средств оплаты услуг) — в банке медико-социального развития, основой которого могут стать работники и структуры фондов ОМС, обеспечивающих введение и функционирование системы персонализированных счетов и индивидуальных платежных дебетовых карт для граждан-пациентов.

К слову сказать, в отличие от замены лампочек, расширения и совершенствование электронных средств коммуникации, интернетизация жизни относятся к реально идущей добровольной модернизации, принятой людьми на массовом уровне. Сегодня электронные карты успешно используются в ряде регионов страны для оплаты социальных услуг и не имеют технических ограничений по внедрению. Законодательно уже закреплена возможность перехода россиян на индивидуальные электронные карты, обеспечивающие оплату госуслуг (функции) с 2015 г. Государство здесь выступает в качестве полноправного субъекта рыночных отношений — платежной стороны и на стороне выгодоприобретателя, т. е. пациента, а не «своего» учреждения, как сегодня, в корне меняя вид и характер своего участия. Платежи осуществляются по факту обращения через индивидуальную платежную карту. Средства «идут с пациентом», а не «за пациентом», как планируется сегодня.

Сочетание указанных обстоятельств делает возможной попытку оптимизации структуры общества за счет отказа от наемного положения работников социальной сферы в пользу массового класса социального предпринимательства через переход на экономические основы функционирования социальной рыночной экономики.

Естественно, что обязательства государства в сфере охраны здоровья должны быть законодательно закреплены по приоритетности, госгарантиям, финансовым обязательствам в доле ВВП, освобождению от налогов, предоставлении специальных арендных ставок, упрочению материально-технической базы отрасли и поддержке негосударственных медицинских организаций, мерам социальной и профессиональной защиты медработников, правовых механизмов, ограничивающих возможности административной конкуренции за «территорию и ресурсы», стимулирующих рыночную конкуренцию за потребителя. На переходный период могут быть определены права и обязанности сторон, ответственность, обязательства перед пациентами и работниками, фонды покрытия трансакционных и трансформационных издержек и т. п.

Предлагаемый универсальный правовой механизм индустриальной трансформации здравоохранения позволяет нивелировать пресловутые «неизбежные издержки» реформ, соответствует конституционным требованиям (ст. 114: «в») проведения единой государственной политики как применимый и для других т. н. «непроизводственных» отраслей¹⁰, будет способствовать десталинизации институтов российского государства и его «полусоветской» социальной сферы как основы профилактики эскалации авторитаризма.

Десталинизация институтов управления как основа модернизации

Создание условий, при которых люди ведут себя надлежащим, наилучшим образом, независимо от «уровня нравственности», является центральной проблемой институциональной экономики. Подавляющее число медицинских работников — приличные и порядочные люди, пришедшие в профессию по призванию и «зову сердца», сумевшие сохранить, благодаря корпоративной солидарности, доброжелательную среду взаимопомощи и человечности, исконно присущую врачебной деятельности. Эта социальная среда противостоит многим дефектам в системобразовании отрасли, сохраняя высокую привлекательность профессии. Врачебное сообщество является наиболее благоприятной средой для организованного, справедливого и понятно-го социального реформирования.

¹⁰ К социальной сфере относят сферу услуг: образование, культуру, здравоохранение, физическую культуру, общественное питание, коммунальное обслуживание, пассажирский транспорт, связь, экология (утилизация бытовых отходов). Социальное обеспечение также относится к социальной сфере. Однако в отличие от социальной сферы как сферы услуг, социальное обеспечение представляет собой нетоварную материальную поддержку граждан государством, а не оказание услуг.

Даже самое «долгое время» (long time) не может быть вечным. Процесс десталинизации, ставший предметом общественной дискуссии, — не только преодоление пережитков тоталитаризма в общественном сознании, но и, в качестве абсолютной необходимой меры, в институтах, определяющих характер нынешних общественных отношений. Вертикализация, присущая оперативному управлению, являющаяся его родовым признаком, неизбежно вызывает к жизни феномен самоцентризма. Последний, будучи инструментом власти и связанной с ней экономики, определяет и закрепляет ригидный, демотивирующий стиль административного управления учреждениями, гасящий энергетику организаций, попытки инновационной деятельности и локальных модернизаций. Цена «порядка» и преимущества унитарной системы управления, несмотря на ее очевидные с управленческо-бюрократической точки зрения возможности, для общества становятся слишком высокими.

Уровень психологической депрессии внутри такой вертикали сочетается с высокой зависимостью от «первых лиц», каждое из которых стремится выстраивать «собственные» институты из «своих» людей, поэтому стабильность положения администраций связана исключительно с устойчивостью положения руководителя, что способствует институционализации неформальных практик на основе критериев «включенности» и личной преданности. При этом особое профессионализма не требуется, необходимо лишь сконцентрировать все полномочия, от экстренной госпитализации и пропуска автомобиля сотрудника на территорию больницы, до цвета сортирной плитки и туалетной бумаги, на уровне первого лица — крепкого «хозяина», который, по примеру «вождя всех народов», должен «обладать огромной работоспособностью и вникать в каждую мелочь». В нереформированной социальной сфере этот механизм и явился способом замены одного «большого Сталина» на тысячи маленьких.

Примитивность административных отношений — возможность снятия и создания ограничений — компенсируется их эмоционально-психологической сложностью в качестве ответа на характер распределения собственности и прав, с ней связанных¹¹. Неопределенность отношений собственности в условиях экономики властных групп (меркантилистской экономики) является стратегией выживания, направленной на сохранение доступа к финансовым и административным ресурсам любым путем. При частно-правовом характере осуществления публично-правовых отношений и полномочий, пронизывающим все современное российское законодательство и обеспечивающим безусловное доминирование власти над бизнесом, а priori исключена возможность постановки «власти под контроль граждан». Власть, подконтрольная гражданам, характерна для «правового государства», при соблюдении принципа разделения властей, но никак не для «государства законности». Независимость от любого органа делает власть «верховой». Однако, если на место «монарха» поставить «народ», не меняя при этом других элементов верховной власти, то демократической системы все равно не получится. Верховная власть, какую бы форму она не принимала, исключает разделение властей, возможное лишь на нижних этапах конструкции. Отсутствие ограничений открывает широкие возможности для использования репертуарных насильственных техник навязывания воли.

Сегодня верховная власть признает утверждение в стране сравнительно «мягкого» монотократического (клептократического) авторитарно-бюрократического режима, методы управления которого соединяют власть и собственность и построены на абсолютной личной зависимости и фактическом упразднении гражданских прав и свобод.

Сегодня очевидно, что построение правового демократического государства в России возможно лишь на основе устранения системы большевизма и сталинизма, институциональной основой воспроизводства которой является сам характер управления государственной собственностью в виде оперативного управления имуществом, отказом от него в пользу договорных отношений. Четко установленные и хорошо защищенные права собственности, другие вещные права видятся ограничением для действий «правителя».

В нашей стране несколько раз начинались, но так и не были завершены попытки оценки собственного тоталитарного и авторитарного прошлого, вступающие в конфликт с идеей заведомой правоты государственной власти.

Системный характер законов, управляющих обществом, воспринимается как незримое присутствие над всеми его членами высшего регулирующего контроля, называемого людьми Богом (роком, судьбой, совестью). В рамках «двойной морали» и манихейского сознания (свой—чужой) психологическим сырьем для возникновения и поддержания конфликтов часто являются самые лучшие человеческие качества — честность, верность, порядочность, солидарность, альтруизм, любовь к ближнему и т. д. Компенсаторно

¹¹ В современной экономической литературе одно из определений собственности: это система отношений между людьми, характеризующая форму присвоения благ, в первую очередь — факторов производства.

Начало на стр. 1, 2 ↗

в общественных и профессиональных отношениях актуализируется оценка таких свойств человеческой личности как предательство, подлость, зависть, высокомерие, тщеславие, алчность, непорядочность. Деформация личности руководителя любого уровня при возможности пренебрежения правами наемного работника, по сути беззащитного в условиях учреждения, происходит достаточно быстро.

Из подобного системобразования естественным путем вырастает феномен неопределенности привилегий. Именно размытые привилегии на основе группового инстинкта, групповой иерархии и координации стягивают госслужащих и должностных лиц, по отдельности добропорядочных и образованных, в «социальную разумную систему», работающую прежде всего на себя, и, в силу своего высшего положения в стране, подминающую под себя государство, бизнес и вообще все живое.

Биосоциальная основа нормативной человеческой личности такова, что когда целью государственной бюрократии становится извлечение прибыли, каркас бюрократической системы неизбежно становится каркасом системы мафиозной, а власть обретает черты организованного преступного сообщества. Граница же между ними становится неразличимой. Чиновник всегда потенциально более криминогенен, чем предприниматель, поскольку может обогатиться только бесчестно.

В силу видовых, природных особенностей человеческой личности сочетание властных и хозяйственных полномочий (система «власть—собственность») — основа системной коррупции, носящей вполне «естественный» характер. По аналогии эволюции экосистем и функционирования экономики «в природе имеется огромное количество видов — экологических эквивалентов, т. е. таких, которые, заняв сходные пищевые ниши в разных экосистемах, приобретают внешне сходство, несмотря на отсутствие близкого родства». Это общий эволюционный механизм, независимо от особенностей нормальной человеческой личности обеспечивающий максимизацию собственной полезности на основе «практического здравого смысла».

К примеру, по воспоминаниям известного гематолога, человека уникальной личной и профессиональной судьбы, прошедшего через сталинские репрессии, академика РАМН А. Воробьева: «Власть держала сторону уголовных, превращаемых в своеобразную аристократию лагерей и тюрем. Сотрудничество с уголовниками разлагало охрану, администрацию и неотвратимо вело к сращиванию системы правления с уголовным миром».

Биологическая эволюция принципиально отличается от эволюции социокультурной, поскольку первая представляет собой «дарвиновскую» эволюцию самовоспроизводящихся изменчивых механизмов под влиянием генетического отбора, а вторая — много более быструю «ламарковскую» эволюцию приобретенных признаков в виде институтов и других продуктов человеческой деятельности, которые сами по себе, без участия людей, не воспроизводятся и не изменяются. Эволюция социокультурного фонда сводится к преобразованиям его разнородных компонентов: форм организации производства и производственных отношений, орудий труда, трудовых навыков, технологий и технических устройств, научных знаний и концепций, идеологий, верований и др.

В результате социально-генетического отбора в современных популяциях лишь несколько процентов людей при возможности безраздельного господства над себе подобными в условиях анонимности, группового давления, рассеивания личной ответственности способны сохранять самоконтроль и самокритичность. Госслужащие и должностные лица, которые не готовы или неспособны подчиняться этим «нормам», как правило, системой отторгаются. Противостоят же обстоятельствам в условиях принудительных типов индоктринации могут еще меньше — 1–2% людей («эффект Люцифера», у нас более известный как «эффект Зимбардо»).

Система оперативного управления — основная стигма и базовый элемент сталинизма — инструмент административной мобилизации как системы достижения результата путем давления на людей, в условиях отсутствия прав или их игнорирования, делающих их сервильными, послушными, управляемыми, в общем «ручными». Оперативное управление несобственным имуществом как элемент самовласти (деспотизма) не способствует формированию свободной и самостоятельной личности. Как раз той, отсутствие которой сегодня заявляется предметом деятельности и озабоченности верховной власти.

Среди насильственных техник навязывания воли — господство, проистекающее из структурных перекосов институциональной системы, «...обеспечивающее сознательное искажение руководителем совокупности альтернативных вариантов выбора подчиненного».

Для решения задач долгосрочного стратегического планирования и развития «ручное управление» на основе «здравого смысла» перестает работать уже после первых шагов. При растущей сложности социальных систем и связей, действующих для их сохранения при современном развитии общественных наук, управленческих технологий, вооруженных принципиально новыми возможностями информатизации и коммуникации, об этом даже неудобно напоминать.

Импорт институтов и просчеты реформирования

Сегодня незавершенная попытка реформирования здравоохранения по неолиберальной модели ограничилась неосновательным и несправедливым разделением отрасли по имущественному признаку — *форме собственности*, что послужило снижению категоричности единого системобразования до разобщения на муниципальный, региональный и федеральный уровень. Разделения по виду деятельности, связанным обременениям, объемам реализуемой продукции, т. е. *режиму собственности*, как следовало бы, не произошло. Сегодня ранее единая система здравоохранения поделена на «свое» (государственное и муниципальное) и «чужое» (частное). Вместо различения коммерческой и некоммерческой медицины появилось противопоставление частной и публичной (государственной и муниципальной) собственности в здравоохранении. При этом частная система никаких законных прав на использование специализированной базы здравоохранения не получила, системой стать не могла и сегодня «дышит на ладан», постепенно деградируя и существуя в связи с невозможностью применить специальные знания и имущество медицинского назначения в другом виде деятельности, тем более что при принудительном одностороннем расторжении договора аренды по инициативе балансодержателя оно превращается просто в хлам.

Планы антикризисного инновационного развития отрасли действующая власть связывает с созданием новых образцов медицинской техники и организацией выпуска хорошо себя зарекомендовавших дженериков. Такая «инновационность» собственно к звену практического здравоохранения имеет мало отношения. Общая доля оборудования и фармации в ВВП мирового здравоохранения не превышает 16%. Более 80% ВВП формируют медицинские услуги, практическая деятельность которых нуждается в полноценной институциональной трансформации на основе правового закона, формального равенства (юридически равной меры), справедливости (судебно-правовой, а не уравнилельно-социальной). Именно это должно быть предметом *институциональной* модернизации, а не только показательное, как сегодня, распределение бюджетных средств на закупки и ремонты по направлениям и учреждениям¹², давно требующим капремонта и улучшения сервисности, диверсификация коечного фонда с откатом от многоместных палат в пользу 1–2-местных (последняя задача пока не ставится). Проблема состоит в том, что без четко поставленной цели индустриальной трансформации, перевода процесса оказания услуг из ведомственного в гражданский оборот ситуация существенно не изменится, т. к. через 10–15 лет оборудование постареет и износится, стены обшарпаются, а сегодняшние вопросы останутся. Искомая доступность, бесплатность и качество медицинской помощи достигнуты не будут, как не будет и равных условий для хозяйствующих субъектов. Это предопределено сохранением административной зависимости и имущественной владельческой связи между органами управления и подведомственными учреждениями. Сама система охраны здоровья (здравоохранение), как и ее исполнительный механизм — организация медицинской помощи гражданам, — в целом останутся прежними. В повседневной практике отношений врача и пациента сохранится их «теневой» характер.

Заявленная сегодня приоритетом государственной социальной политики модернизация здравоохранения носит волюнтаристский по исполнению технологический характер, осуществляясь в режиме «ручного управления» путем государственного финансирования органов управления и их учреждений. Как известно, все выделенные бюджетные средства будут освоены. Появление же новых люстр, джакузи и евроремонта в т. н. государственных учреждениях здравоохранения без их рыночной трансформации не остановит роста цен на медицинские услуги в неформальном, теневом обороте. Скорее наоборот, что уже и происходит.

Очевидно, что причиной противодействия институциональным инновациям в современном российском здравоохранении является сама *сеть государственных учреждений*, уже сумевшая дискредитировать и заблокировать развитие всех ранее заимствованных западных институтов: от системы обязательного медицинского страхования (ОМС) до института семейных врачей, от арендодользования до попыток административной реформы, от врачебного самоуправления до саморегулирования. «Гибридизация» с заимствованными институтами, функциональными в другой ситуации, в наших условиях лишь увеличивает издержки, в итоге адресуя их потребителю услуг и отражаясь на постоянно растущих ценах. Не секрет, что при отсутствии конкуренции, зависимости от административных решений активность бизнес-бюрократических альянсов и структур является основной причиной опережающей инфляции и роста цен на товары и услуги медицинского назначения.

¹² На ремонт, переоснащение и информатизацию в ближайшие 2 года планируется выделить 460 млрд руб. из федерального бюджета: 170 млрд руб. на Москву (включая средства регионального бюджета), 386 млрд руб. — на региональное здравоохранение. На цели институциональной модернизации планируется выделить лишь 1,2–1,5% от этих средств.

Продолжение на стр. 4 ↘

ИнтерНьюс

Антиретровирусная терапия восстановила продолжительность жизни ВИЧ-инфицированных

Канадские ученые пришли к выводу, что комбинированная антиретровирусная терапия увеличивает ожидаемую продолжительность жизни ВИЧ-инфицированных африканцев почти до нормальных значений. Исследователи из Центра качества помощи при ВИЧ/СПИДе (BC-CfE) и Университета Британской Колумбии провели первый крупномасштабный анализ ожидаемой продолжительности жизни получающих лечение ВИЧ-инфицированных в Африке. Ученые проанализировали данные 22 315 пациентов в возрасте 14 и более лет, которые начали получать кАРТ в клиниках Организации по поддержке больных СПИДом (TASO) с 2000 по 2009 год. Выяснилось, что в Уганде, где ожидаемая продолжительность жизни при рождении составляет примерно 55 лет, у 20-летних больных этот показатель достиг дополнительных 26,7 лет жизни, а у 35-летних — 27,9 лет (когда человек доживает до определенного возраста, минуя «точки риска», ожидаемая продолжительность жизни увеличивается). При этом показатель ожидаемой продолжительности жизни у женщин оказался значительно больше, чем у мужчин: 30,6 против 19,1 года в 20-летнем возрасте и 32,5 против 22 лет в 35-летнем возрасте. По словам исследователя Эдварда Миллза, полученные результаты позволяют утверждать, что при лечении ВИЧ-инфекция перестала быть смертным приговором, и носители вируса могут «строить планы и готовиться к длинной и полноценной жизни». На слете Международного общества СПИДа в Риме участники Проекта HPTN 052 (HIV Prevention Trials Network 052, Сеть исследований по профилактике ВИЧ-инфекции 052) представили рецензированные данные, согласно которым своевременно начатое лечение ВИЧ-инфекции снижает риск заражения партнера на 96%, что значительно превзошло ожидания ученых.

Источник: *Annals of Internal Medicine*

Бремя белых: алкоголизм, ожирение, депрессия

Жители Запада, возможно, генетически запрограммированы на потребление жирной пищи и алкоголя в гораздо больших объемах, чем люди на Востоке. Исследователи из Абердинского университета обнаружили генетический «переключатель» (часть ДНК, включающая и выключающая ген), который контролирует ген гормона галамина. Этот гормон вырабатывается гипоталамусом (область мозга, которая регулирует аппетит и жажду). Под его влиянием, говорится в исследовании, человек при голоде и жажде отдает предпочтение именно жирной пище и алкоголю. Исследователи отмечают, что галамин производится не только гипоталамусом, но и миндалевидным телом, которое отвечает за страх, тревогу, напряжение. Вероятно, концентрация этого вещества оказывает определенное влияние на эмоциональное состояние человека и, возможно, провоцирует развитие депрессии. Как выяснили исследователи, у азиатов этот переключатель настраивает ген на более низкий уровень работы, чем у европейцев. По словам автора исследования доктора Маккензи, «возможно, это связано с тем, что в более холодном европейском климате люди, которые ели жирную пищу и пили алкоголь, имели больше шансов выжить в суровые зимы. Не зря на Западе в средневековье было так развито пивоварение и производство молочных продуктов, то есть такой пищи, которая буквально «напичкана» калориями. Те из европейцев, у которых этого гена не было, или он работал «не на полную мощность», могли и не пережить холода. В результате выживали те, кто самой эволюцией был обречен на ожирение и склонность к алкоголю. И если бы продолжительность жизни оставалась прежней — 30–40 лет, — такая модель пищевого поведения ни к каким негативным последствиям не успела бы привести. К этому возрасту люди просто не успевали набрать лишний вес и приобрести алкогольную зависимость, говорится в исследовании. Сейчас же эпидемия ожирения — практически проблема номер один для здоровья европейцев и американцев. С 70-х годов прошлого века медики отмечают постоянное распространение этого заболевания. Хотя, отмечают исследователи, и азиаты, эволюционно не склонные к избыточному весу и злоупотреблению алкоголем, могут столкнуться с теми же проблемами, если будут подражать западной модели пищевого поведения.

Источник: <http://vechnayamolodost.ru>

ИнтерНьюс

Оптимизм помог американцам избежать инсульта

Американские ученые пришли к выводу, что оптимизм защищает от инсульта. Исследование провела группа специалистов Университета Мичигана под руководством Эрика Кима. Группа Кима изучила данные более шести тысяч американцев старше 50 лет. Ни у одного из участников до начала исследования не было инсультов. Ученые наблюдали за состоянием добровольцев в течение двух лет. Оптимизм участников оценивался с помощью специальных опросников по шкале от 3 до 18 баллов. По результатам исследования, за указанный период было зафиксировано 88 инсультов. Ким и его коллеги выяснили, что с повышением оптимизма на один балл риск развития патологического состояния у добровольцев уменьшался на 10%. При этом выявленная исследователями зависимость сохранилась, когда они учли социодемографические, биологические и поведенческие факторы риска инсульта. Результаты работы специалистов из Мичигана подтверждают выводы еще одной группы американских ученых. Они выяснили, что женщины, испытывающие чувство безысходности, более предрасположены к инсульту, чем их сверстницы, склонные к оптимизму.

Источник: *Stroke*

Зависимость от Интернета приравнивали к наркотической

Зависимость от всемирной сети Интернет аналогична пристрастию к алкоголю или наркотикам. К такому выводу пришли специалисты организации Intersperience, специализирующейся на исследованиях потребительского рынка. В исследовании приняли участие тысячи жителей Великобритании в возрасте от 18 до 65 лет. Им предложили отказаться от использования всемирной паутины на сутки, а также заполнить развернутый опросник. По результатам исследования, лишь немногие участники без колебаний согласились не пользоваться интернетом в течение 24 часов. При этом британцы старше 40 лет испытывали меньше неприятных ощущений, связанных с отказом от Сети, чем более молодые добровольцы. Авторы исследования также выяснили, что 53% опрошенных были расстроены, когда не пользовались интернетом. Около 40% добровольцев сообщили, что им было одиноко, когда они не могли пообщаться с друзьями по Сети. По словам главы Intersperience Пола Хадсона, Интернет глубоко проник в повседневную жизнь людей. Он отметил, что многие участники исследования с трудом могли отказаться от его использования, а у некоторых после этого отмечались признаки синдрома отмены («ломки»). Аналогичные проявления наблюдаются у лиц, страдающих наркотической зависимостью.

Источник: *HealthNews*

Диеты оказались неэффективными для снижения веса

Диеты оказались неэффективны для большинства людей с избыточным весом. К такому выводу пришла группа специалистов британского Совета по медицинским исследованиям под руководством Ребекки Харди. Группа Харди изучила данные более 20 тысяч британских мужчин и женщин, 5,3 тысячи из которых родились в 1946-м, а остальные — в 1958 году. По данным исследования, участники начали набирать избыточный вес в 1980-х годах, после чего их масса тела постоянно увеличивалась в течение всей жизни. В ходе исследования было установлено, что мужчины прибавляли в весе равномерно. Женщины, в свою очередь, резко полнели на четвертом десятке жизни. По словам Харди, значительно сбросить вес удалось лишь каждому десятому из тех, кто придерживался той или иной диеты. При этом большинство похудевших в течение года снова полнели. Авторы работы отметили, что, несмотря на неудачные попытки сбросить вес, придерживавшиеся диеты британцы зачастую улучшали состояние своего здоровья благодаря употреблению полезных продуктов и физическим упражнениям.

Источник: *medportal.ru*

Начало на стр. 1, 2, 3 ↗

Освоенным инструментом *технологической* (инструментальной, консервативной) модернизации является приобретение импортного оборудования, часто втридорога, ремонтные и строительные работы при фактическом отказе от институциональных инноваций. Хотя хорошо известно, что при т. н. технологических модернизациях без предшествующих институциональных реформ уровень коррупции многократно возрастает.

В предшествующие годы неоднократно заявлялось, в том числе экономическим блоком Правительства, что вливание средств в институционально нереструктурированную, коммерциализированную структуру отечественного здравоохранения во многом носит антимодернизационный характер, закрепляя социально-экономическую структуру системы «власть—собственность» в здравоохранении в ее государственно-олигархическом варианте. Это противоречит декларируемому властью и ее официальными документами «образу будущего», «желаемому завтра» в «обществе возможностей» социального государства. В частности, Лоренц фон Штайн указывал, что социальное государство «...обязано способствовать экономическому и общественному прогрессу всех своих граждан, ибо развитие одного выступает условием развития другого, и именно в этом смысле говорится о социальном государстве».

Приоритетность продолжения технологической модернизации здравоохранения (наряду с задачей покрытия дефицита пенсионной системы) настолько высока, что оправдывает повышение с 1 января 2011 г. налоговых ставок (с 3,1 до 5,1% — на фонд медицинского страхования) на работающее население и бизнес (в целом на 8%) для получения дополнительных доходов бюджета¹³. Несмотря на это, на запланированное десятилетие (до 2020 г.) даже не ставится задача организационно-имущественного реформирования решающего первичного звена системы практического здравоохранения, наиболее проблемного, с первоочередным и естественным приоритетом институционализации участкового врача общей практики как профессионально автономного субъекта гражданско-правовых отношений, имеющего право на экономическую свободу в рамках, определенных законодательством и профессиональным этическим регулированием. В частности, это право включает возможность работать в собственном (в институциональном смысле) кабинете, арендованном на базе специализированного медицинского фонда, привлекая смежных специалистов и пользуясь необходимой лечебно-диагностической базой на договорной основе. Только при наличии такой возможности появляется смысл во врачебной лицензии, как бы она не называлась, и мотивация к работе на участке.

Если при оказании услуг, включенных в Программу государственных гарантий (базовый пакет) государство выступает как платежная сторона на стороне выгодоприобретателя — пациента, можно говорить о движении в сторону социальной рыночной экономики на основе индивидуализированной гражданской собственности. Это единственный путь справедливой и внятной перспективы снижения уровня социальной напряженности. Такой подход предусматривает разделение финансовых потоков на содержание собственно органов управления через систему казначейства, и средств на оплату услуг врачей и организаций через единый Банк медико-социального развития.

Сегодня без формационных изменений на уровне практического звена — экономики учреждений — принятая модель социального страхования вообще, и обязательного медицинского страхования (ОМС) в частности, изначально предложенная для сдерживания госрасходов (по примеру НЭПа), сегодня представлена лишь на уровне названия при фактическом возврате к бюджетной модели. ОМС как страховая структура, обеспечивающая денежное возмещение внутри системы здравоохранения, независимо от географии включенных в нее учреждений, не состоялась. Через призывы и декларации, индексацию зарплат и информатизацию эта проблема не решается. Лишение страхового содержания обусловлено главным — отсутствием у застрахованного положения выгодоприобретателя. Переадресация этого положения учреждениям, принадлежащим платежной стороне, противоречит принципу неотчуждаемых благ (здоровье), не обеспечивает рентабельности и экономичности для исполнителей медицинских услуг, обесмысливает процесс ценообразования. Страховые полисы без индивидуального денежного наполнения лишь подтверждают обязательства по обслуживанию контингента, проживающего на территории регистрации, дополняя выдержавший все катаклизмы институт «прописки». В части гарантированных медицинских услуг это прямо противоречит действующему антимонопольному законодательству. Попытка устранить это противоречие совершенствованием административных регламентов, предусмотренная новым законом об ОМС, с большой вероятностью будет провалена.

Государству необходимо отказаться от мифологии всеисилия монетарных методов управления в пользу институцио-

нальных подходов. Они не заменяют друг друга. Реформа финансирования сама по себе не приведет к реформе системы практического здравоохранения. Это подтверждается как теоретически, так и исходя из практики последних двух десятилетий. Нельзя «...консервативно модернизировать то, что и так уже заскорузло».

Если государство в качестве плательщика выступает на стороне выгодоприобретателя — физического лица с правом персонального фондодержания, это само по себе ставит гражданина в центр процесса реализации декларированных прав. Только такое позиционирование сторон договора соответствует современным принципам социальной рыночной экономики, основанным на интересах личности и развитии человеческого и социального капитала, в здравоохранении наиболее высоких, способствует повышению общей эффективности капиталовложений, не требует привлечения значительных дополнительных финансовых ресурсов.

В советский период здравоохранение и медицина стали непроизводственной сферой, а из отношений «врач—пациент» сразу после революции был устраним механизм товарообмена путем объединения органов управления (контор) и национализированных учреждений (заведений) в единую общность. Это и стало родовым признаком «модели Семашко», основанной на системе государственных учреждений, ныне существующих только в России и ряде стран СНГ (Белоруссия и Украина). Нынешняя бюджетно-страховая модель здравоохранения унаследовала от модели Семашко ее основной и главный признак — организационную общность органов управления и подведомственных учреждений в рамках единой системы. Сохранение государственной системы здравоохранения в ее нынешнем виде противоречит принципам разделения властей, отделения общества от государства, государства от сферы производства и предоставления услуг, не говоря уже о принципах позиционирования субъектов товарооборота в рыночной экономике. Здравоохранение сегодня находится за рамками полноценного правового регулирования в части центрального компонента саморазвития и его диалектики — основ легальной экономической деятельности. При этом законодательство предусматривает финансирование программ, оплату услуг (ст. 41 п. 2 Конституции РФ), а не содержание учреждений по нормативно-сметному принципу. Использование особенностей русского языка позволяет по-разному читать и толковать, на что распространяются государственные гарантии — то ли на само оказание медицинской помощи, то ли на ее оплату. В социальной рыночной, тем более в постиндустриальной экономике государство само не оказывает пациенту медицинскую помощь, не производит и само себе не реализует услуги, как сегодня в государственном здравоохранении, а собирает налоги и финансирует свои социальные обязательства.

Таким образом, проблема десталинизации, в частности здравоохранения, носит комплексный характер и включает, кроме социально-психологической, и институциональную составляющую.

Многолетнее игнорирование институциональных подходов к реформе здравоохранения, уже хорошо подготовленной теоретически, упрямство власти в этом вопросе с очевидностью свидетельствует о нежелании что-либо менять в системе сложившихся институтов распределения и финансирования объектов социальной сферы, в том числе учреждений здравоохранения, несмотря на модернизационные призывы и декларации.

Определенную надежду дает то, что возможные преобразования не вызывают принципиальных возражений со стороны ни одной из социальных групп и политических сил, в целом соответствуя интересам всех участников правоотношений — пациентов, врачей, руководителей учреждений, органов управления, страховых компаний, что само по себе создает условия для реализации ароморфоза — качественного улучшения, открывающего новые «ниши», и возможности развития медицины и ее человеческого капитала, здравоохранения как системы, являющейся неотъемлемой частью нашего общества. Системы, отражающей социальную солидарность, общий и равный доступ к ней, коллективную ответственность за ее состояние всех заинтересованных сторон. В доступном и качественном здравоохранении все заинтересованы одинаково, независимо от взглядов и убеждений, общественного положения и т. д.

Лишь после институциональной трансформации социальной сферы, остающейся нереструктурированным «анклавом» даже по меркам государственно-монополистического капитализма в здравоохранении, и находящейся под его диктатом, появится возможность утверждать, что процессы модернизации в России носят не косметический характер, а имеют целью создание основ социальной рыночной экономики, ориентированной на человека.

В заключение отмечу, что вопрос реформирования «полусоветской», по словам Президента РФ Д. Медведева, социальной сферы на современной основе может стать предметом общественно-политического консенсуса и гражданского согласия по целям и правовому механизму институциональной модернизации.

¹³ Через три месяца после повышения страховых взносов с 26 до 34% Президент Д. Медведев заявил о необходимости отказа от этой меры в связи с ростом теневых выплат и разорением многих организаций мелкого и среднего бизнеса.

С 3 по 8 июля 2011 года в городе Тель-Авив, Израиль, прошло очередное IX заседание (школа-семинар) Формулярного комитета под названием «Закон «Об обращении лекарственных средств»: год спустя».

В работе школы-семинара Формулярного комитета, помимо 12 его членов, приняли участие 54 человека из 12 субъектов РФ. Среди участников было 18 менеджеров здравоохранения, сотрудников медицинских ВУЗов, 4 сотрудников научно-исследовательских институтов, 8 практических специалистов, 12 представителей фармацевтических и дистрибьюторских компаний.

Главной темой стало рассмотрение доклада Формулярного комитета «Здравоохранение в России 2010». Доклад был озвучен заместителем председателя Формулярного комитета проф. П.А. Воробьевым. Это уже второй доклад Комитета, предыдущий (2008 г.) был посвящен в основном вопросам лекарственного обеспечения населения страны.

Материалы Доклада подготовлены на основании эмпирических исследований в ходе автопробега Москва—Сахалин, экспертных заключений, результатах научно-исследовательских работ, опросов, выполненных в разное время членами «Общества фармакоэкономических исследований», аналитических справок и рекомендаций членов Формулярного комитета, интервью с медицинскими работниками, публикаций в прессе и Интернете, обсуждения проблем на форуме сайта www.rspog.ru. Доклад доступен на Интернет-сайте МОООФИ www.rspog.ru.

Это многогранное исследование объемом более 160 стр. рассматривает здравоохранение страны с самых разных позиций, с учетом и текущего состояния инфраструктуры, кадрового потенциала, оценки медицинских технологий, развития гражданского общества, коррупционных процессов, новых законодательных инициатив. Большая часть доклада была посвящена произошедшим за 2 года изменениям в секторе лекарственного обеспечения.

Много времени было уделено вопросам антибиотикорезистентности, причем проблема рассматривалась в том числе и с нетрадиционных точек зрения. О ситуации с организацией лекарственного обеспечения больных с туберкулезом выступил научный сотрудник лаборатории управления качеством медицинской помощи Санкт-Петербургского НИИ фтизиопульмонологии Д.Л. Айзиков. Он отметил недостаток стандартизации лекарственной помощи, неоправданное применение нерациональных, но крайне дорогостоящих схем антибактериальной терапии, что ведет к росту резистентных форм туберкулеза. Были отмечены и положительные эффекты от совершенствования противотуберкулезной службы, в частности, снижение заболеваемости и смертности от туберкулеза как в обществе в целом, так и в местах лишения свободы.

П.А. Воробьев напомнил о вкладе в проблему резистентности бактериальных биопленок и тромбов, образующихся вокруг инфекционного очага. Проведение плазмафереза, введение антикоагулянтов, направленных на терапию ДВС-синдрома позволяет осуществить дренаж пораженных тканей, улучшает эффект противомикробной терапии. В.А. Батурин, проректор Ставропольской медицинской академии, раскрыл роль организационных мероприятий в решении проблем резистентности микробов: микробиологической паспортизации стационаров, запрета безрецептурного отпуска антибиотиков. В.В. Рафальский (АНО Институт клинической фармакологии, Смоленск) подробно осветил последние исследования в России и в мире по проблеме антибиотикорезистентности. В.Е. Ноников рассказал о современных возможностях интенсивного лечения больных с тяжелыми инфекциями дыхательных путей.

Целый день заседания был посвящен анализу внедрения законов «Об обращении лекарственных средств», «Об обязательном медицинском страховании», других законов, касающихся здравоохранения 2010 года, возможным последствиям внедрения обсуждаемого проекта закона «Об охране здоровья граждан». А.Л. Пиддэ (Российская академия государственной службы при Президенте РФ, Москва) дал подробный экономический анализ новым законодательным инициативам, убедительно показал, что в ближайшее время внедрение всех новаций не произойдет, несмотря на декларации авторов законов. Плюсы и минусы внедрения закона об обращении лекарственных средств показал ректор Хабаровского института усовершенствования медицинских работников С.Ш. Сулейманов. В докладе о ситуации с клиническими исследованиями в России после вступления в действие закона «Об обращении лекарственных средств» С.С. Завидова, исполнительный директор

Ассоциации организаций клинических исследований, отметила, что в 2010 г. количество разрешений на клинические исследования снизилось на 16,5% по сравнению с 2009 г., появились проблемы с ввозом зарегистрированных лекарственных средств для использования в клинических исследованиях, со страхованием жизни и здоровья участников клинических исследований. Неразрешенной проблемой является то, что до 01.09.2011 Минздравсоцразвития должен провести

нальные и региональные независимые центры. Важнейшим условием является наличие государственного заказа для такой работы и политическая воля к реализации этих программ. Препятствием для внедрения системы оценки медицинских технологий в России является высокий уровень коррупции и отсутствие прозрачности в принятии решений.

В третий день заседание проводилось совместно с Израильским национальным филиалом Международного общества фармакоэкономических исследований (ISPOR), в нем приняло участие более 15 наших коллег. Заместитель министра здравоохранения Израиль Г. Бин Нун сделал обзор реформы системы здравоохранения Израиль, стартовавшей в 1999 г. В Израиле действует система всеобщего медицинского страхования, плательщиком выступает министерство здравоохранения, а помощь оказывают 4 организации поддержания здоровья (организации, в которых совмещены функции страховой компании и провайдера медицинской помощи). Эти организации обслуживают все население Израиль, владеют клиниками, лабораториями, амбулаториями и аптеками. Отличительной чертой израильского здравоохранения является отсутствие роста расходов на здравоохранение за последние 10 лет.

Руководитель отдела по оценке медицинских технологий министерства здравоохранения О. Люксенбург рассказала о работе по отбору медицинских технологий для финансирования. Сегодня основная «минимальная корзина» медицинской помощи включает около 2600 лекарственных средств и 1100 медицинских услуг. Список обновляется ежегодно, процесс включает скрининг перспективных технологий, сбор предложений (могут подаваться всеми — от пациента до компании-производителя), краткую оценку предложений, полноценную комплексную оценку предложений, принятие решений, внедрение. На вопрос, что является

сильной стороной израильской системы, докладчик ответила: скорость принятия решений (1 год) и скорость внедрения (решения принимаются в середине декабря, с первых чисел января помощь уже оказывается).

Р. Балисер из Научно-исследовательского института планирования политики в сфере здравоохранения фонда Калит рассказал об исследованиях в области улучшения приверженности лечению. Одним из важнейших (но не единственным) факторов низкой комплаентности является необходимость доплачивать за лекарства. Был проведен эксперимент, в рамках которого малоимущим участникам программы выдавалась «кредитная карта» по которой пациенты могли без сооплаты получить несколько затратных препаратов. Было продемонстрировано значительное увеличение приверженности. Главная задача состоит в том, чтобы определить категорию пациентов, которая выиграет больше всего от отмены сооплатежей, так как эту практику нельзя распространить на всю популяцию.

Ш. Шани доложил о ценообразовании на лекарственные средства в Израиле, а Г. Чодик — об экономическом бремени ряда хронических заболеваний на примере страховой компании Маккаби. Главный вывод — внедрение программ, направленных на улучшение первичного звена, приводит к повышению эффективности и снижению затрат на лечение.

Президент Израильского национального филиала ISPOR рассказал о программе помощи больным сахарным диабетом. Главный упор новой программы, стартовавшей 10 лет назад, был сделан на образовании врачей общей практики, больных, медицинских сестер, вспомогательных служб и родственников. Другая составляющая — использование современных информационных технологий (компьютерные программы мониторинга приема лекарств и проведения анализов, система напоминаний по смс) в мониторинге состояния больных и улучшения приверженности лечения. За 10 лет распространенность диабета выросла в 3 раза (за счет улучшения первичной диагностики), при этом контроль за диабетом улучшился в 8 раз (регулярность выполнения мониторинговых тестов), на 20% улучшились показатели гликированного гемоглобина у больных, на 26% снизилось число ампутаций у больных, и средний возраст ампутации переместился из группы 70-летних в группу 80-летних пациентов.

По результатам работы школы-семинара участники пришли к выводу о том, что реформы здравоохранения, проводимые в нашей стране без должных научных обоснований и учета зарубежного опыта, не улучшают ситуацию, а отбрасывают страну на десятилетия назад, практически за точку невозврата. При этом опыт других стран, в том числе Израиль, говорит о том, что эффективные реформы возможны в течение короткого промежутка времени. Главные условия — концептуальная, научная проработка, фокус на пациента и политическая воля в достижении целей.

Реформы в российском здравоохранении — итоги заседания Формулярного комитета

А.Г. Шустов, О.В. Борисенко

МОО «Общество фармакоэкономических исследований», Москва

аккредитацию около 600 клиник, в которых будет возможно проводить клинические исследования: на конец июня аккредитовано лишь 92 (15%). Исполнительный директор МОООФИ Борисенко О.В. рассказал о неясных перспективах оценки медицинских технологий в России. Оценка медицинских технологий подразумевает формализованный подход к оценке клинических, экономических, этических и юридических последствий внедрения новых медицинских технологий. Эта тема более 10 лет разрабатывается Формулярным комитетом, на основе опыта его работы создан и утвержден соответствующий стандарт. Для реализации задачи оценки технологий в мире создаются нацио-



ИнтерНьюс

Хеликобактер на страже здоровья

Лауреат Нобелевской премии по медицине Барри Маршалл разработал вакцину против гриппа, для доставки которой в организм человека используется способная выжить в желудке бактерия *Helicobacter pylori*. Первый этап клинических испытаний нового препарата пройдет в США в 2012 году, в нем примут участие не менее 30 человек. В новой вакцине предлагается использовать разновидности хеликобактера, которые способны обитать в желудке человека, не приводя к развитию язвенной болезни. Маршалл предлагает ввести в геном бактерий гены, кодирующие некоторые поверхностные белки вируса гриппа. Попадая в организм человека, бактерии будут вызывать иммунный ответ, направленный против вируса. Возможность использования хеликобактера без ущерба для здоровья была доказана в ходе предварительного исследования, проведенного Маршаллом в прошлом году в Австралии. Участники эксперимента получали бактерию вместе с мясным бульоном. В будущем препараты на основе бактерии планируется выпускать в лиофилизированной форме — в виде порошков или капсул. Разработкой нового типа вакцин занимается созданная Маршаллом биотехнологическая компания Ondek. Как пояснил Маршалл, компания решила начать с вакцины против гриппа, поскольку такой этот проект наиболее привлекателен для потенциальных инвесторов. Между тем, теоретически аналогичную технологию можно использовать для создания вакцин против ряда других инфекций, а также для доставки в организм человека различных лекарств. Барри Маршалл получил Нобелевскую премию по медицине и физиологии вместе с Робинсом Уорреном в 2005 году за открытие хеликобактера и описание роли этой бактерии в развитии язв желудка и двенадцатиперстной кишки.

Источник: medportal.ru

Ногу американского ветерана спасли с помощью мочевого пузыря свиньи

Американскому ветерану восстановили бедренные мышцы с помощью мочевого пузыря свиньи. Новый метод лечения был разработан Питером Рубиным и Стивеном Бэдилэком из Университета Питтсбурга. Их исследование финансировалось Министерством обороны США. Капрал Айзайз Хернандез был ранен во время военной операции США в Афганистане. Когда 19-летний молодой человек загружал телевизор в армейский автомобиль, рядом с ним разорвался минометный снаряд. Верхняя часть туловища Хернандеза была закрыта телевизором, в результате чего осколками повредило его руки и ноги. Сильнее всего оказалась повреждена верхняя часть правой ноги капрала. Он лишился 70% мышц правого бедра. Хернандезу грозила ампутация ноги. Чтобы избежать радикального хирургического вмешательства, пострадавший решил принять участие в пилотном исследовании. Рубин и Бэдилэк намеревались добиться регенерации мышечной ткани пациента. Они создали внеклеточный каркас мышцы, используя для этого мочевой пузырь свиньи. Из тканей животного были выделены белки, а также факторы роста (вещества, стимулирующие деление и рост клеток). Хирурги имплантировали клеточный каркас, содержащий указанные вещества, в бедро Хернандеза. Через несколько недель после начала лечения мышцы бедра увеличились в объеме. Кроме того, возросла сила их сокращения. В результате ветерану удалось избежать ампутации поврежденной осколками конечности. Таким образом, результаты эксперимента оказались положительными; специалисты Университета Питтсбурга продолжают испытания новой методики.

Источник: medportal.ru

Испанская клиника заплатит миллион евро за ошибку 22-летней давности

Испанскую клинику обязали выплатить миллион евро семье пациента, который более 20 лет провел в коме из-за халатности врачей. Соответствующее решение принял Верховный суд Испании. 42-летний Антонио Мено решил сделать хирургическую коррекцию формы носа в 1989 году. Однако во время пластической операции он перестал получать кислород. В результате кислородного голодания мозг пациента был поврежден, и мужчина впал в вегетативное состояние, которое характеризуется отсутствием психических функций при сохраненных рефлексах. Участвовавший в операции анестезиолог заявил, что Мено перестал получать кислород в ходе вмешательства из-за того, что вдохнул собственные рвотные массы. В 1993 году суд признал анестезиолога виновным в халатности, однако позже это решение было отменено. В ноябре 2010 судебный процесс возобновился благодаря новому свидетелю происшествия. Присутствовавший при вмешательстве врач заявил, что подача кислорода пациенту была прервана, когда анестезиолог отсутствовал в операционной. Верховный суд Испании учел это обстоятельство и обязал клинику выплатить семье Мено 1,075 млн евро.

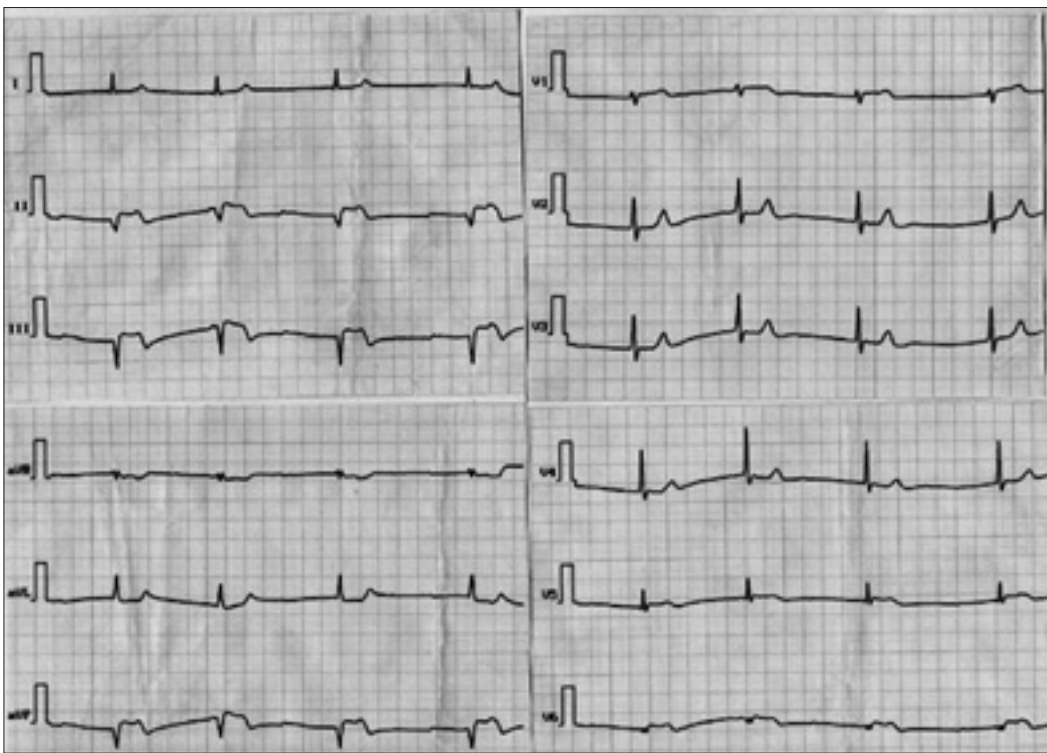
Источник: AFP

Доктор Андрей Владимирович Назаров представляет в этом и последующих номерах «Московского доктора» свои «ЭКГ-наблюдения и рассуждения». «Я работаю на скорой медицинской помощи Москвы в специализированной кардиологической бригаде. Решения требуется принимать быстро, основываясь на минимуме аппаратной диагностической информации, главным образом по результатам ЭКГ. Решения — единичные и окончательные. Их правильность можно оценить только через некоторое время. Порой потом хочется тщательно обдумать принятое на вызове решение в более неторопливой обстановке: обсудить с коллегами и покопаться в первоисточниках. Результаты этих обдумываний жалко не сохранить, правда? Я их сохраняю в виде записей, предлагаемых вашему вниманию. В некоторых случаях обдумывать особо нечего, но очень уж поучительные наблюдения!» Коллеги, присоединяйтесь к обсуждению и делитесь своими клиническими наблюдениями!

Мужчина, 47 лет. С молодости страдает хроническим гастритом, часто испытывает изжогу при погрешностях в диете. Настоящий приступ дискомфорта в эпигастрии развился в новогоднюю ночь, связывался с новогодним застольем и не насторожил пациента. СМП вызвана утром 1 января по настоянию жены. ЭКГ для сравнения дома нет, кардиологические заболевания в прошлом отрицает.

Объективно: АД 120/70, пульс 52 в минуту, ритмичный, явлений сердечной недостаточности нет.

ЭКГ приводится.



Женщина, 70 лет. В течение нескольких лет периодически испытывает пароксизмы мерцательной аритмии, которые не приводят к явному угнетению гемодинамики, однако отчетливо ощущаются субъективно. Настоящий пароксизм продолжается около 2 часов. Пациентка информирует прибывшую бригаду СМП о том, что в предыдущих случаях приступы были купированы введением новокаинамида.

Объективно: АД 140/90, пульс около 100 в минуту, не ритмичный, пульсовые удары разного наполнения. Явлений сердечной недостаточности нет. По ЭКГ: мерцательная аритмия с ЧСС в среднем 130 в мин, комплексы QRS узкие.

Начато лечение: панангин 10 мл + 10 мл физраствора в/в медленно, затем новокаинамид 10% + 10 мл физраствора в/в медленно. При этом проводится периодический замер АД, наблюдение за пульсом и периодическая запись ЭКГ (можно в одном из отведений). По окончании введения новокаинамида записана приводимая ЭКГ.

ЭКГ: ритм синусовый (зубцы Р лучше видны в правых грудных отведениях), ЧСС 74 в мин, полная блокада левой

ЭКГ: картина острейшей стадии ниже-бокового Q-образующего инфаркта миокарда: патологические зубцы Q в II, III, aVF отведениях, утрата зубца R в V₆, подъем сегмента ST в этих отведениях с переходом в отрицательный зубец T, реципроктная депрессия ST в aVL. Ритм AV-соединения с ЧСС 52 в мин (возможно, желудочковый с нахождением источника ритма в проксимальном отделе пучка Гиса (QRS узкие)). Синусовые импульсы с частотой 76 в минуту просматриваются во II отведении, периодически прячась в комплексе QRS, ритмом не руководят: полная AV-блокада (III ст.) проксимальная.

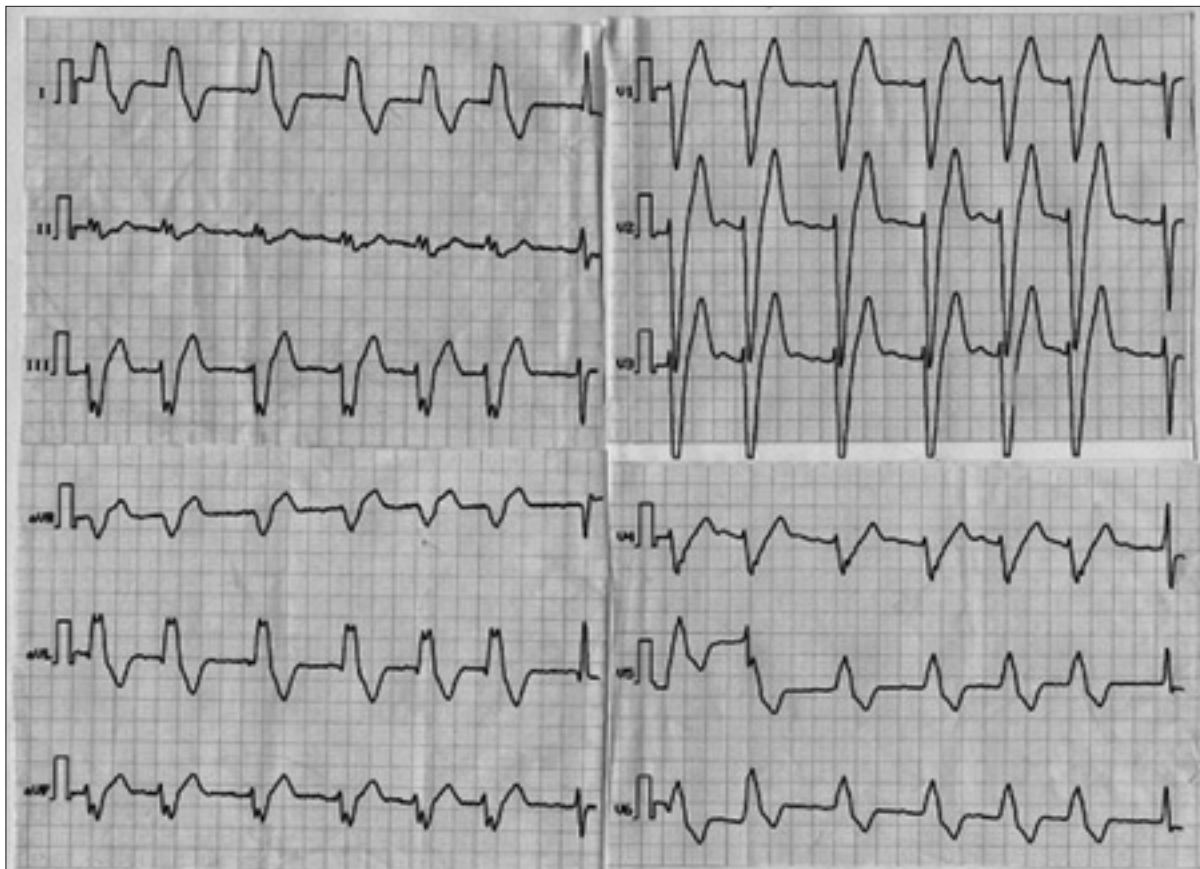
Обсуждение и лечебная тактика:

полная AV-блокада — ожидаемое осложнение при нижнем инфаркте миокарда. Клинически в данном случае имелся гастралгический вариант инфаркта. Брадикардия ограничивает применение морфина, обладающего ваготоническим эффектом. Показано в/в введение атропина 0,1% — 1 мл. Госпитализация в кардиохирургический стационар, т. к. не исключено, что требуется установка временного кардиостимулятора. Решение вопроса о временной кардиостимуляции — индивидуально по состоянию пациента (в нашем случае с трудом удалось убедить пациента в необходимости госпитализации из-за относительно неплохого самочувствия).

ножки пучка Гиса. Самостоятельное восстановление проведения: последний QRS-комплекс узкий, ЭКГ приобрела характерный для пациентки вне приступа вид, а именно: отклонение ЭОС влево ($\angle\alpha - 30^\circ$). Записанная следом ЭКГ полностью состоит из узких комплексов, аналогичных последнему комплексу приводимой ЭКГ.

Обсуждение: новокаинамид (прокаинамид) относится к I классу А подклассу антиаритмических препаратов: «мембраностабилизирующие средства». Их механизм действия заключается в блокаде быстрых натриевых каналов клеточных мембран (угнетают транспорт натрия через клеточную мембрану внутрь клетки), что приводит к торможению скорости начальной деполяризации, что приводит к замедлению проводимости в предсердиях и желудочках. Поэтому при применении новокаинамида ожидаемо развитие блокады, особенно при наличии у пациента однопучковой блокады изначально.

Кроме того при применении новокаинамида ожидаемо снижение АД, что требует тщательного мониторинга гемодинамики во время введения.



ПРОТОКОЛЫ МГНОТ

**ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ
МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО
НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА
ТЕРАПЕВТОВ от 27.04.2011**

Председатель: академик РАН и РАМН А.И. Воробьев.
Секретарь: Е.Е. Башлакова

Повестка дня: «Боткинские чтения»

Открыл заседание академик РАН и РАМН А.И. Воробьев — он представил факты из жизни одного из величайших врачей XIX века — Сергея Петровича Боткина (1832—1899 гг.). Он работал руководителем одной из крупнейших в Петербурге терапевтических клиник. В 1855 г. основал бактериальную и физиологическую лабораторию, а в 1861 г. — первую в России бесплатную амбулаторию при клинике. Затем, благодаря настойчивости С.П. Боткина, в Петербурге и других городах России все больше и больше стали появляться бесплатные больницы для бедных. Полностью была изменена работа аптек. В 1872 г. при участии Боткина в Петербурге открылись первые женские врачебные курсы. Женщины получили право работать врачами. Он с 1878 г. являлся председателем общества русских врачей.



Доклад профессора В.Е. Ноников (ФГУ ЦКБ УД Президента РФ) «Диагностика пневмоний. Особенности течения и антибактериальная терапия».

В нашей стране крайне большая смертность от туберкулеза и пневмоний. В возрасте до 60 лет туберкулезом больны около 23 000 человек, 30% из них пребывают в местах лишения свободы.

Около 60% пневмоний встречаются у лиц до 60 лет. Несмотря на все научные исследования и антибактериальную терапию, летальность от пневмоний остается высокой, выше, чем при инсультах и инфарктах. Летальность от внебольничных пневмоний высока (от 20 до 80%) и зависит от возбудителя. Пневмонии — это прежде всего инфекционные заболевания. Они делятся на 3 большие группы:

- 1) внебольничные,
- 2) внутрибольничные (госпитальные),
- 3) атипичные формы.

Существует большое множество классификаций острых пневмоний.

По этиологии:

- а) бактериальные,
- б) вирусные,
- в) грибковые,
- г) вызванные атипичной флорой (хламидийные, микоплазменные и т. д.),
- е) смешанные.

Можно разделить пневмонии на паренхиматозную (долевая и очаговая) и интерстициальную, аспирационные, аэрозольные, гематогенные и др. источники. По степени тяжести пневмонии могут быть крайне тяжелыми, тяжелыми, средней тяжести и легкого течения. По наличию осложнений:

- 1) осложненная (плеврит, дыхательная недостаточность, бронхообструктивный синдром, абсцедирование, ДВС-синдром, перикардит),
- 2) неосложненная.

По локализации пневмонии бывают односторонними (лево-, правосторонняя), тотальными, долевыми, сегментарными, центральной, субдолевой, и двусторонними.

Возможно ли клинически диагностировать пневмонию? Да. Например, для пневмококковой пневмонии характерно острое начало, признаки внезапно начавшейся острой дыхательной недостаточности, лихорадка, бронхиальное дыхание, укорочение перкуторного звука при перкуссии, кашель, плевральные боли, лейкоцитоз более 10 со сдвигом влево. На рентгенограмме — подтверждение диагноза — очаговая или полисегментарная инфильтрация. При атипичной флоре (хламидиоз), как правило, наблюдаются интерстициальные изменения, усиление легочного рисунка, иногда в сочетании с лимфоаденопатией, синдромом трахеобронхиальной дискинезии.

Заподозрить возбудителя можно и по рентгенографической картине. Так, при бактериальной пневмонии инфильтрация долевая или многодолевая. При вирусном или атипичном возбудителе — сетчатые изменения интерстиция. Если имеются интерстициальные изменения и лимфоаденопатия, можно предположить стафилококковую инфекцию. Для расшифровки этиологического агента чаще используются лабораторными методами диагностики:

- 1) микроскопия мазка мокроты, окрашенного по Грамму. Данный метод желателен использовать до применения антибиотикотерапии;
- 2) посев крови на стерильность;
- 3) посев мокроты на флору и чувствительность к антибиотикам;
- 4) кровь на антитела к внутриклеточным микроорганизмам;
- 5) моча на антигены к легионеллам.

В 2010 г. наиболее частыми возбудителями пневмоний являлись пневмококки (35%), гемофильная палочка (10%), микоплазма (2—15%), хламидии (2—15%). Смешанная флора выявляется чаще у пожилых пациентов. Основными проблемами пульмонологии на рубеже веков является значительный рост частоты ХОБЛ и пневмоний, высокая летальность при пневмониях и повышение уровня резистентности к антибиотикам.

По данным ФГУ ЦКБ, за период с 1984 по 2004 г. отмечался рост резистентности *Str. pneumoniae*, *Haemophilus Influenzae* на 30—40% к ампициллину, доксициклину. Основными факторами риска развития резистентности инфекционных агентов к антибиотикам при внутрибольничных пневмониях являются длительное нахождение пациента на ИВЛ, антибиотикотерапия в предшествующие 90 дней, пребывание в больнице более 5 дней, частый прием антибиотиков.

Основными принципами лечения пневмоний является подавление инфекционного агента, устранение дыхательной недостаточности, стабилизация гемодинамики, дезинтоксикация, коррекция гемостаза.

Назначая антибактериальную терапию, важно учитывать, проводилось ли лечение ранее. В поликлинических условиях предпочтительнее использовать макролиды или респираторные фторхинолоны, а в стационаре лучше начинать с цефалоспоринов в сочетании с макролидами или респираторными фторхинолонами.

Признаками тяжелого течения являются клинические — тахипноэ более 30, АД ниже 90/60 мм рт. ст., лихорадка более 38,3°C, сонливость, сопор, дезориентация. Существует международная классификация для оценки тяжести течения заболевания CURB-65, где С — спутанность сознания, U — уровень мочевины, R — частота дыханий, B — АД, а 65 — возраст старше 65 лет. Каждый признак оценивается в баллах (один признак — один балл). Затем баллы суммируются. При коэффициенте 0—1 балл можно проводить амбулаторное лечение, балл 2—3 требует решения вопроса о госпитализации, а при 4—5 необходима госпитализация в реанимационное отделение. Признаками крайне тяжелого течения пневмоний является наличие септического шока, ДВС-синдрома.

Комплексное лечение пневмоний тяжелого течения подразумевает подавление инфекционного агента, устранение дыхательной недостаточности, интоксикационного и отекающего синдрома, микроциркуляторных нарушений, тяжелой уремии, диспротеинемии. Начинают антибиотикотерапию с применения цефалоспоринов — цефотаксима 1 г 3 раза в день или цефтриаксона 1 г однократно в сутки в сочетании с макролидами или доксициклином. При наличии аллергической реакции на цефалоспорины и β-лактамы применяют респираторные фторхинолоны. Антибиотики в стационаре вводят внутривенно и немедленно (60—120 мин после поступления). В реанимационном отделении рекомендовано использование карбапенемов (меропенем) в сочетании с фторхинолонами.

Женщина Р., 51 год. После приезда из Азии заболела респираторным заболеванием. Лечилась самостоятельно. Без эффекта. Поступила в отделение пульмонологии. Заболевание прогрессировало, нарастала одышка, лихорадка до 38,2°C, цианоз, гемодинамика стабильна. Лечение — оксигенотерапия, цефтриаксон 2 г в/в и зитролид 1000 мг. Эффекта не было. Состояние крайне тяжелое. Начинают терапию карбапенемами (меропенем 1 г 3 раза в день) и таваником 500 мг, проводят инфузионную терапию, переводят в реанимационное отделение. Лечение данной схемой продолжают 22 дня. Диагноз: Двусторонняя очагово-сливная вируснобактериальная пневмония тяжелого течения, выздоровление.

Больная Н., 29 лет с диагнозом двусторонняя многодолевая пневмония тяжелого течения. Боли в грудной клетке, температура до 40°C, кашель с выделением гнойной мокроты, одышка в покое, АД 70/60 мм рт. ст., лейкоцитоз — 13,2. Госпитализирована в реанимационное отделение. Начата антибиотикотерапия. Эффективно. Однако на фоне проводимого лечения развивается антибиотикоассоциированный колит. К лечению были добавлены ванкомицин, метронида-

Продолжение на стр. 8

ИнтерНьюс

ВОЗ обновила информационный бюллетень, где проанализированы 10 ведущих причин смерти в мире.

Теперь в нем учтены собранные и проработанные данные за 2008 год. Принципиальных изменений не произошло, ведущие причины смерти остались прежними — пневмония, кишечные инфекции и ВИЧ/СПИД в развивающихся странах, ИБС, инсульт и ХОБЛ в странах со средним уровнем дохода, ИБС, инсульт и рак трахеи, бронхов и легких в развитых странах. В мировом топ-10 произошли изменения. Перинатальные осложнения перестали быть одной из ведущих причин смертности, зато в десятку поднялся сахарный диабет. В возрастной структуре смертности в развитых странах преобладают люди старше 70 лет (71%). На долю 15—69-летних приходится 28%, а на детей до 14 лет — всего 1%. В странах со средним уровнем дохода детская смертность выше в 15 раз, а взрослые люди до 70 и старше 70 умирают примерно в равной пропорции (45 и 40% соответственно). В развивающихся странах на долю детской смертности приходится 40%, 43% — на взрослых людей до 70 лет и всего 17% — на пожилых в возрасте старше 70.

Страны с низким доходом	Смерти, млн	% смертей
Инфекция нижних дыхательных путей	1,05	11,3
Диарейные инфекции	0,76	8,2
ВИЧ/СПИД	0,72	7,8
ИБС	0,57	6,1
Малярия	0,48	5,2
Инсульт и другие цереброваскулярные болезни	0,45	4,9
Туберкулез	0,40	4,3
Недоношенность или низкий вес при рождении	0,30	3,2
Асфиксия или травма в родах	0,27	2,9
Неонатальные инфекции	0,24	2,6

Страны со средним доходом	Смерти, млн	% смертей
ИБС	5,27	13,7
Инсульт и другие цереброваскулярные болезни	4,91	12,8
ХОБЛ	2,79	7,2
Инфекция нижних дыхательных путей	2,07	5,4
Диарейные инфекции	1,68	4,4
ВИЧ/СПИД	1,03	2,7
ДТП	0,94	2,4
Туберкулез	0,93	2,4
Сахарный диабет	0,87	2,3
Гипертоническая болезнь	0,83	2,2

Страны с высоким доходом	Смерти, млн	% смертей
ИБС	1,42	15,6
Инсульт и другие цереброваскулярные болезни	0,79	8,7
Рак трахеи, бронхов и легких	0,54	5,9
Болезнь Альцгеймера и другие деменции	0,37	4,1
Инфекции нижних дыхательных путей	0,35	3,8
ХОБЛ	0,32	3,5
Колоректальный рак	0,30	3,3
Сахарный диабет	0,24	2,6
Гипертоническая болезнь	0,21	2,3
Рак молочной железы	0,17	1,9

Весь мир	Смерти, млн	% смертей
ИБС	7,25	12,8
Инсульт и другие цереброваскулярные болезни	6,15	10,8
Инфекции нижних дыхательных путей	3,46	6,1
ХОБЛ	3,28	5,8
Диарейные инфекции	2,46	4,3
ВИЧ/СПИД	1,78	3,1
Рак трахеи, бронхов и легких	1,39	2,4
Туберкулез	1,34	2,4
Сахарный диабет	1,26	2,2
ДТП	1,21	2,1

Источник: Журнал ABC

Начало на стр. 7

зол, смекта, омез. Выздоровление. Амбулаторно рекомендовано продолжить прием трентала, эреспала, бактисубтила.

Вопросы:

Вопрос А.И. Воробьева: Владимир Евгеньевич, диагноз поставили. А ведь обычно мы должны ориентироваться на эпидобстановку. Что это за пневмония: то ли это старый человек, который все время лежит, или это пневмония на фоне приема цитостатиков. Какой подход должен быть?

Ответ: Подход — эмпирический. Если нет явной крупозной пневмонии применяем макролиды — подавляем всю грамположительную флору, синегнойную палочку. Если долевая пневмония — цефалоспорины II—III поколения. Если аллергия на β -лактамы, то избегают их применения, а начинают терапию с макролидов, фторхинолонов IV генерации, но в большей дозе — 400 мг в сутки. Если пациент пожилого возраста или находящийся в лежачем положении, то здесь, как правило, ассоциированная флора (гемофильная палочка, пневмококк и т. д.) — используют цефалоспорины, фторхинолоны.

Вопрос: Используете ли вы ДНК-методы для идентификации вирусных или бактериальных пневмоний? Нужны ли они вообще?

Ответ: Широко в нашей стране эти методы для диагностики пневмоний не используют, однако применяются для дифференциальной диагностики пневмоний и туберкулеза. Согласно Американским рекомендациям, нужно использовать данные методы, однако широкого применения они пока не нашли. Нужны они или нет — клиника, анамнез и осмотр позволяют нам в 70% случаев поставить диагноз.

Вопрос П.А. Воробьева: Профессор В.А. Батулин занимается микробиологической паспортизацией медицинских организаций, всем больным с пневмониями делают посевы и мониторят изменение спектра возбудителей. А у вас в ЦКБ это делается?

Ответ: В хирургических отделениях, как правило, делают. В терапевтических — нет.

Вопрос П.А. Воробьева: Есть ли какие-нибудь данные по микоплазменным пневмониям? Если ли динамика по частоте? Снизилась ли заболеваемость? Еще недавно был большой процент пневмоний, вызванных микоплазмой, а что с этим сейчас?

Ответ: Когда я работал в Боткинской больнице, мы исследовали кровь на микоплазмы и легионеллы. За год наблюдений мы увидели только 2 случая пневмоний, вызванных микоплазмами, и 1 случай, причиной которого была легионелла. А вот с 1998 г. отмечается их рост — около 20% случаев микоплазменных пневмоний. Сейчас снова все реже, зато отмечается рост пневмококка как этиологического агента — 15%.

Вопрос П.А. Воробьева: Возможно, это связано с широким применением азитромицина?

Ответ: Возможно, так. Некоторое время назад было много пневмоний, вызванных атипичной флорой, поэтому использовали азитромицин как препарат выбора.

Вопрос: Как часто вы используете посев и окраску по Грамму?

Ответ: Используем, и часто. Правда, лечение начинаем сразу, эмпирически, а потом, когда приходят результаты, с учетом их или продолжаем, или меняем антибиотик. Смотрим еще и антитела к пневмококку, стафилококку, синегнойной палочке, атипичные агенты, проводим их серотипирование.

Вопрос: Используете ли вы свои стандарты лечения или пользуетесь «минздравовскими»? Это же безобразие, что там рекомендовано — применяйте амикацин как препарат первой линии! Возмутительно! Кто их разрабатывал, эти стандарты?

Ответ П.А. Воробьева: Подождите, это только проекты, их еще не утвердили.

Вопрос: В каких случаях применяют плазмаферез?

Ответ: Применяют его при тяжелой интоксикации, при развитии ДВС-синдрома. Удаляют, как правило, 600 мл, если не помогает, делают 2–3 сеанса.

Выступление П.А. Воробьева: Хочу поблагодарить Владимира Евгеньевича. Его доклад, как и все его доклады, блестящий. Это и отличает его от других докладчиков. Хочу рассказать о том, что профессор Ноников лечил пневмонию на фоне свиного гриппа. Все эти пневмонии завершились выздоровлением. Об этом он рассказал в самом начале эпидемии и мы, от лица Форумного комитета, решили создать методичку с рекомендациями по лечению. Это, конечно, трудно назвать методичкой — всего пара страниц. Выложили их в Интернете. Мы думали, что их никто не читал, но вот на одной из конференций ко мне подошел один доктор из Владивостока и сказал, что применял эти рекомендации, и весьма успешно. Несколько сеансов плазмафереза, и больные выздоравливали. Эти практические рекомендации важны. Никто не знал, как надо лечить эти пневмонии. А здесь полное выздоровление. Писать стандарты должны врачи. А у нас пишет Минздрав, департамент медицинский, а потом какой-нибудь г-н Сакаев меняет там лекарства по своему разумению. В результате, это не стандарты, а...

Лет 40 назад математик, академик И.М. Гельфанд придумал, как изучать мышление врача. Сначала врач опрашивается на предмет того, какие признаки позволили ему заподозрить заболевание. Затем составляется карта с подробным опросником, а потом ведется «игра»: с какого момента он может узнать прогноз заболевания. В результате получались хорошие результаты: выявлялись несколько ключевых вопросов, которые позволяли поставить диагноз. Немцы создали алгоритмы, благодаря которым можно четко госпитализировать больных. Это гениальная математическая модель.

А.И. Воробьев: Никто из врачей не проходил мимо пневмоний. Был такой Нобелевский лауреат Петр Леонидович Капица. Его держали как каторжника, а потом дали Нобелевскую премию. И вот, идет как-то раз Сергей Петрович Капица. А Петру Леонидовичу говорят: «Смотри, какой у тебя знаменитый сын». А тот отвечает: «Знаменитый — это я, а он известный». Во время испанки у него умерла вся семья.

Я хотел обратить внимание на то, что Боткин совал нос где надо и где не надо. Но это и хорошо. Когда появляется эпидемия гриппа, надо оповещать общественность о ведении этой патологии. Наши рекомендации важнее Минздрава. Что они могут понимать. Когда идет эпидемия, председатель терапевтического общества должен писать протоколы, а не Минздрав.

А еще важно, чтобы старики не лежали. Коровы дохли, когда лежали, а когда их выгоняли кнутом, они жили дольше. Если есть депрессия гемостаза, надо заставлять человека вставать. Эмпирическая терапия тоже должна меняться с учетом эпидемии гриппа. Вы думаете, что пневмония — это воспаление легких. Нет, это всегда инфаркты в легких. Основной симптом — нисходящий катар. Если появляется одышка — делай рентген обязательно.

Особая категория — арестанты. Мы вторая страна по количеству арестантов после Америки, Беларуси. Этот тюремный контингент — особо опасен, т. к. там всегда иммунодефициты.

В завершение, хочу поздравить вас всех с 1 мая. Это наш рабочий праздник, т. к. мы относимся к категории наемных рабочих. Спасибо вам.

XIV Международный конгресс общества фармакоэкономических исследований
ОТ ОБЩЕСТВОУПРАВЛЕНЧЕСКИХ РЕШЕНИЙ ДО РЕШЕНИЙ НА УРОВНЕ БОЛЬНИЦЫ

Справедливость. Качество. Экономичность.

7–8 декабря 2011 года
гостиница «Холидей Инн» Сокольники

Адрес: Москва, ул. Русаконская, 24, м. Сокольники / www.rspor.ru / www.zdrav.net

ПРИГЛАШЕНИЕ
Начало регистрации в 9.00

НАУЧНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ КОНГРЕССА

- Общие вопросы управления качеством в здравоохранении
- Система управления качеством медицинской помощи
- Медицина, основанная на доказательствах
- Оценка и выбор медицинских технологий
- Клинико-экономический анализ эффективности применения медицинских технологий
- Разработка и внедрение стандартов медицинской помощи и протоколов ведения больных
- Стандартизация и информатизация в «облачном мире»
- Формулярный комитет и формулярная система

Оргкомитет +7 (499) 782-31-09
www.rspor.ru/www.zdrav.net

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., Губина 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., Моклин В.И., Моисеев В.С., Мухин Н.А., Насонов Е.Л., Ноников В.Е., Палеев Н.Р., Пальцев М.А., Парфенов В.А., Погожева А.В., Покровский А.В., Покровский В.И., Потехин Н.П., Раков А.Л., Савенков М.П., Савченко В.Г., Сандриков В.А., Симоненко В.Б., Синапальников А.И., Смоленский В.С., Сыркин А.Л., Турин В.П., Хазанов А.И., Цурко В.В., Чазов Е.И., Чучалин А.Г., Шлепков А.В., Юцук Н.Д., Яковлев В.Б.

Газета распространяется среди членов Московского городского научного общества терапевтов бесплатно

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

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

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

При перепечатке материала ссылка на Вестник МГНОТ обязательна.

За рекламную информацию редакция ответственности не несет.

Рекламная информация обозначена

Внимание!

В адресе корреспонденции

обязательно указание МТП «Ньюдиамед»!



Дмитрий Владимирович Преображенский за неделю до трагедии

**Осознать это трудно. Трудно принять.
Неизбежно – но почему сейчас, так рано.
Полно было сил, замыслов, неоконченного...**

Дмитрий Владимирович Преображенский

8 октября 2011 года на 61-м году жизни скоропостижно скончался Дмитрий Владимирович Преображенский — вдумчивый врач, замечательный учёный-кардиолог.

Дмитрий Владимирович с отличием окончил лечебный факультет 1-го Московского медицинского института им. И.М. Сеченова в 1974 году. Затем клиническая ординатура по клинике общей терапии с кардиологией ЦНИЛ 4-го ГУ при Минздраве СССР, работа в отделении интенсивной терапии, обучение в аспирантуре в Институте ревматизма АМН СССР, защита кандидатской диссертации.

Дмитрий Владимирович много лет работал в отделении хронической ишемической болезни сердца Института кардиологии им. А.Л. Мясникова ВКНЦ АМН СССР. Его научное дарование в полной мере раскрылось на кафедре кардиологии и общей терапии Учебно-научного медицинского центра УД президента РФ, где он в 2000 году защитил докторскую диссертацию на тему «Течение и исходы хронической сердечной недостаточности у больных старших возрастных групп с различным функциональным состоянием левого желудочка». На протяжении последних лет Дмитрий Владимирович работал в должности профессора кафедры гематологии и гериатрии ФППОВ 1 МГМУ им. И.М. Сеченова, читал курс лекций по гериатрической кардиологии.

Дмитрий Владимирович написал более 280 печатных работ, включая 29 научных монографий и 5 учебно-методических рекомендаций по клинической кардиологии. Являлся членом редколлегии журнала «Клиническая геронтология» и членом редакционного совета журнала «Кардиология». Под научным руководством Дмитрия Владимировича было выполнено шесть кандидатских диссертаций.

Дмитрий Владимирович навсегда останется в памяти его друзей и коллег как добрый и бескорыстный человек с хрупкой ранимой душой, всегда готовый прийти на помощь. Его преждевременный уход из жизни — большая трагедия для всех нас, кто его знал и сотрудничал с ним.

Светлая ему память!