



ВЕСТНИК МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО

МОСКОВСКИЙ ДОКТОР

Ноябрь 2005

№ 15

НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ

Я представляю благотворительный фонд — некоммерческую негосударственную организацию «Каритас-Украины». Эта сеть организаций есть почти во всех европейских странах, в Америке и в Австралии. В 1999 году, когда начинался проект, была попытка воспользоваться опытом разных стран по медицинскому уходу на дому за лицами пожилого возраста. Но задача была не копировать чью-то модель, а сделать свою, адаптированную. Потому что у нас, как и у вас, уровень, на котором живут люди, особенно пожилые, далек от европейского.

Службы домашнего ухода, которые начали работать с 1999 года, обеспечивают квалифицированные социальные, медицинские услуги на дому и сопровождают пожилых лиц. Особенно тех, кто при отсутствии этого ухода должны были бы быть помещены в специализированные учреждения. На Украине пожилые жители сельской местности госпитализируются в терапевтические отделения просто потому, что они одинокие и некому за ними ухаживать, а из-за отсутствия газа они зимой оказываются просто в критической ситуации.

В Украине давно были образованы геронтологические кабинеты, например, для помощи участникам ВОВ. Но медперсонал, который работал в этих кабинетах, был в очень трудной ситуации: проконсультировать пациента, назначить лечение, выписать рецепты — это одно, а если человек одинокий, неподвижный, прикованный к собственной постели и даже соседям дверь не открывает, — то какой прок от этого «высокопрофессионального» лечения. Создание центров ухода возмещало то, что не предоставляло государство. Государство давало медицинскую помощь и практически не давало социальную.

В 1999 году в Украине начали образовываться первые кафедры социальной работы, выпускники этих кафедр — менеджеры, оказывающие высококвалифицированные услуги. А вот таких специалистов, которые будут каждый день приходить к одинокому человеку и осуществлять уход за ним и его домашним хозяйством, такого звена практически нет. Для всех постсоветских стран это важно. Эту нишу заполняют негосударственные благотворительные организации.

На Украине эти центры были созданы в первую очередь на Западной Украине. Но сегодня мы уже имеем такие центры в Донецке и на прошлой неделе открыт новый такой центр в Одессе. За 6 лет нашего проекта домашнего ухода за лицами пожилого возраста у нас появилось 14 центров, каждый из которых обслуживает 70 лиц пожилого возраста. И, кроме того, во Львове 2 самых больших центра, то есть в общей сложности около 700 людей пожилого возраста получают уход на дому.

...если человек одинокий, неподвижный, прикованный к собственной постели и даже соседям дверь не открывает, — то какой прок от этого «высокопрофессионального» лечения.

Штат такого центра — координатор, 3 квалифицированные медсестры и 2 человека, знающие основы медицинского ухода. Кроме того, у нас есть прачка и психолог, но психолог не везде. В основном это пять с половиной ставок. Зарплата работников — примерно 150—160 долларов, медицинская сестра в государственном учреждении получает порядка 50—60 долларов.

Хотя мы фонд христианский, мы оказываем уход независимо от национальности или религиозной принадлежности. В наши группы домашнего ухода входит и врач, но врачи у нас не являются основным звеном, врачи у нас консультанты, это в основном врачи-геронтологи, которые работают в государственных поликлиниках. Врачи за дополнительную оплату от нашего центра консультируют.

ПРЯМАЯ РЕЧЬ

Для не имеющих медицинского образования издания пособия, есть учебная программа, видеофильмы. Потому что люди, прикованные к постели, имеют особые проблемы, например, с пролежнями, и за ними нужен особый уход. Кроме того, у нас есть специальные работники Каритаса, оказывающие еще ряд услуг.

На первых этапах социальные работники в основном убрали квартиры, делали покупки, оплачивали коммунальные услуги. Потом, при тесном контакте с кафедрами социальной работы, нам удалось «выработать» среднего специалиста социальной службы, который занимается поиском оптимального решения проблем, с которыми сталкиваются оди-

...специалистов, которые будут каждый день приходить к одинокому человеку и осуществлять уход за ним и его домашним хозяйством — такого звена практически нет.

ния. У нас имеются пункты проката, например, есть кровати для лечения пролежней, но они не в каждую квартиру войдут.

В нашу организацию поступает очень много заявок от государственной социальной службы, например, если они не могут наладить контакт с пациентом. Здесь у

нас тоже свой особый подход. Мы в начале говорим пациентам, что мы не будем навязыва-

вать свои услуги. Ну, например, мы приходим, а там полная антисанитария, человек грязный, но отказывается от всякой помощи. Тогда на протяжении месяца координатор каждые 3 дня просто заходит к человеку, налаживает контакт, и часто удается сдвинуть все с мертвой точки и привести человека к каким-то общественным нормам достойной жизни.

Мы пытаемся объединить опыт разных стран. Например, в Германии приходит социальный работник, оценивает обстановку и все, что считают нужным, они делают, во Франции, наоборот, желание пациента — это закон. Даже если они понимают, что для пациента это необходимо, ну не хочет пациент принять лекарство, и это его право. Мы не придерживаемся ни той, ни той модели, мы выработали свою. Я считаю, что все-таки в советской системе здравоохранения и образования была масса позитива. И подготовка кадров, и сама структура была в принципе идеальна. Просто материальные трудности, перекосы, коррумпированность системы привели к тому, что мы пытаемся перенять модели других стран, хотя много хорошего можно взять у себя.

На лиц, которых мы обслуживаем, заводится полностью документация. Геронтологический пациент отличается тем, что у него может серьезно страдать психика, он многое забывает. Может считать, что у него пропадают вещи, деньги. Поэтому часть документации находится у нас в центре, часть — у пациента на дому. Каждый, кто его проводит, будь то врачи скорой помощи, сотрудники госслужбы, родственники, может посмотреть эти документы.

Наша организация оказывает помощь в помещении в дом престарелых, в стационар. Когда пожилой оказы-

вается в таком состоянии, в котором он не может больше находится на дому, это решается

Бывают ситуации, что пожилые люди остаются в одиночестве при живых детях, внуках из-за конфликтов, произошедших десятки лет назад.

ется совместно с государственными социальными службами. У нас сейчас очень много не участковых, а семейных врачей. К нам пациент попадает разными путями. Но координатор в первую очередь идет к его участковому врачу. Мы очень тесно взаимодействуем с участковыми врачами и благодаря этому можем выигрывать тендер на социальные услуги от муниципалитетов.

Бывают ситуации, что пожилые люди остаются в одиночестве при живых детях, внуках из-за конфликтов, произошедших десятки лет назад. Наша организация помогает возобновить эти отношения, эмоционально позитивно настроить обе стороны.

Одних центров домашнего ухода мало, нужны и другие формы помощи. На каждой из 14 баз медико-социальных центров уже организованы дневные клубы пребывания для тех, кто может сам двигаться, но пребывает в психологической изоляции. Там работают координаторы, мы поставили в этих центрах телевизоры, купили шахматы, шашки, другое, что интересно пожилым людям. Это позволяет выйти им из изоляции. Наш опыт — образование групп пожилых людей, которые помогают друг другу. Если мы видим, что человек ходит, а потом день-два его нет — социальный работник идет к нему, и если оказывается, что пациент заболел или ему трудно стало ходить, то он переходит в группу домашнего

ухода. В нашем центре есть амбулаторное отделение, где работает геронтолог, стоматолог, психолог, где можно снять ЭКГ, — обычно это делают сотрудни-

ки поликлиники. Есть пожилые люди, которые еще достаточно активны, мы их обучаем уходу, волонтерству с пожилыми людьми, которые уже не выходят из дома.

Каритас-Украины — помощь людям

(доклад на X конференции
«Пожилой больной. Качество жизни»)



З.Р. Чайковская-Гер

нокие пожилые люди. Это, например, решение множества вопросов, возникающих с государственными службами: в какое отделение поместить, в каком санатории пройти курс реабилитации, как получить ту или иную льготу. Декларативно в Украине пожилые люди пользуются всеми льготами, все могут получить и все имеют. Но если человек не встает с постели и если некому пойти и оформить льготы, собрать справки? Мы пережили обмен паспортов, а для того, чтобы поменять паспорт, надо сделать фотографию, и этим занимаются наши социальные работники.

На первом этапе к нашим пожилым ходил капеллан, потому что тогда не было социальных работников. Это духовные лица, они разгружали наших работников, просто общаясь с пожилыми. Сейчас капеллан уже не ходит. Большинство наших пациентов не нуждаются в физическом уходе. Пожилые очень хотят общаться, они думают о приближении смерти, им не с кем поговорить. И было очень важно иметь какое-то лицо, которое бы взяло на себя духовное сопровождение пациента. Наши священники попытались наладить связь между другими общинами для того, чтобы они приходили и проводывали своих людей. В функции нашего капеллана входило устанавливать связь пациента с соответствующей общиной и священником.

У нас есть медицинские услуги: помощь при приеме лекарств, инъекции, капельницы. Но мы не берем на себя назначение лечения, не дублируем функцию государственных медицинских учреждений. Основные назначения делают врачи поликлиник, а вот выполняют их уже наши медсестры.

В процессе развития нашей программы центра по уходу на дому появились социальные работники-координаторы, которые прошли годичное дистанционное обучение на кафедре социальной работы и осуществляют социальную супервизию. Они первые приходят к этим людям, определяют, в каких условиях живет человек. Бывают совершенно ужасные условия, в которых живут пожилые, бывают условия и опасные для прожива-

В прошлом году мы открыли центры дневной реабилитации. Мы его ласково называем «детский садик для старичков».

ИнтерНьюс

Продвижение туберкулезной вакцины связывают со статусом сиротского лекарства

Туберкулез — одна из десяти главных причин смерти в развивающемся мире. Хотя эффективность BCG-вакцинации высока против туберкулезного менингита, защита против легочного туберкулеза является не столь очевидной, и особенно низка в областях с высокой степенью зараженности микобактериями людей.

Прививка BCG новорожденному рутинна во многих странах, и BCG-перепрививке обычна в некоторых странах, несмотря на недостаток свидетельств ее эффективности. Laura Rodrigues и ее коллеги представляют свидетельство отсутствия эффективности BCG-перепрививки против всех форм туберкулеза у детей в возрасте 7—14 лет в двух бразильских городах, подходы к созданию новых дешевых и более эффективных вакцин.

Новый шаг вперед был только что предпринят с одним из 200 кандидатов на такую вакцину. Статус сиротского лекарства был рекомендован европейским Комитетом Агентства Лекарств по Сиротским Лекарственным Изделиям для измененного рекомбинантного гена вакцины вируса Анкара, производящего антиген туберкулеза 85A (MVA TB вакцина), разрабатываемым командой Университета из Оксфорда (Великобритания). MVA TB вакцина предназначена для предотвращения туберкулеза у BCG-привитых индивидуумов. Сиротский статус рекомендовался потому, что маркетинг этой вакцины вряд ли приведет к достаточным финансовым возвратам, оправдывающим необходимые инвестиции. Это — первое изделие, для которого сиротский статус рекомендовался на этом основании. Статус сиротского лекарства обычно предоставляется для лекарств, используемых для редких, серьезных и опасных для жизни болезней.

Ожидается, что Европейская Комиссия одобрит рекомендацию Комитета позже. Статус сиротского лекарства предлагает два главных стимула для рынка: исключительность в пределах ЕС до 10 лет, и повышение доступности. Это важный прецедент для развития индустрии других лекарств для «болезней бедности». Доказательство эффективности и безопасность в испытаниях III стадии — следующий шаг для MVA TB вакцины, но присвоение сиротского статуса предполагает новые надежды для борьбы с одной из всемирных болезней.

Источник:
The Lancet 2005; 366:1240

Лечение хронических функциональных запоров обычно представляет собой трудный процесс. Применение как оральных, так и местных слабительных может не оказать желаемого эффекта, а также вызвать развитие побочных действий

Целью недавно проведенного двойного слепого рандомизированного плацебо-контролируемого исследования была оценка эффективности и безопасности применения у данных больных свечей, содержащих бикарбонат натрия и битартрат калия, высвобождающих приблизительно 175 мл углекислого газа (CO₂). Газ растягивает ампулу прямой кишки и таким образом стимулирует перистальтику кишечника. На основании полученных результатов авторы делают вывод, что свечи с высвобождением CO₂ представляют собой эффективную и безопасную альтернативу стандартным слабительным средствам, особенно у пожилых пациентов с сопутствующими заболеваниями почек и сердечно-сосудистой системы.

Источник:
Clinical Drug Investigation, 8, 2005

В четвертый раз в г. Хабаровске проводится Международный конгресс «Доказательная медицина — основа современного здравоохранения». С 3 по 7 октября 2005 года работали 1965 врачей, провизоров, средних медицинских работников Амурской, Камчатской, Сахалинской областей; Хабаровского, Приморского краев, Еврейской Автономной Области, Якутии, Бурятии, городов Красноярск, Архангельск, Москвы приняли участие в его работе. Его организаторы — Министерство здравоохранения Хабаровского края (министр — Халилов Н.Д.), краевой Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения (ректор Сулейманов С.Ш.), с участием ряда общероссийских общественных профессиональных организаций.

В рамках конгресса работало 17 секций: профилактической медицины и кардиологии, пульмонологии, клинической фармакологии, скорой медицинской помощи, гематологии, неврологии, акушерства и гинекологии, анестезиологии и реаниматологии, организации здравоохранения, хирургии, реабилитологии, медицинских сестер, проведена региональная конференция Общества фармакоэкономических исследований. В общей сложности было представлено 185 докладов.

Особый интерес вызвала секция гематологии, которая прошла под руководством академика РАН и РАМН Воробьева А.И., директора ГНЦ РАМН. На ней выступили ведущие гематологи России, обсудили вопросы классификации лимфо-пролиферативных заболеваний, практические подходы к обеспечению современной диагностики и программной терапии этой патологии. Обсуждения актуальных вопросов были продолжены в стенах отделения гематологии 1-й краевой больницы и краевого онкологического диспансера. Заведующая отделением гематологии краевой больницы В.З. Молостова рассказала, что за 3 последние года все 100 пациентов с гемофилией стали получать лечение факторами свертывания в домашних условиях (самолечение) и практически не госпитализируются в стационары.



Пока это еще Россия. Но уже в Китае...

На заседании секции скорой медицинской помощи, которая прошла под руководством президента ННПОСМП, д.м.н., профессора Верткина А.Л., наряду с докладами был представлен клинический разбор больных в режиме видеоконференции.

В рамках конгресса состоялась региональная конференция МОООФИ (президент профессор П.А. Воробьев, исполняющий директор М.В. Сура) «Управление качеством в здравоохранении: лицензирование, стандартизация, клинико-экономический анализ», проведенная специалистами

СВЕТСКАЯ ХРОНИКА

НИИ ОЗ и УЗ ММА им. И.М. Сеченова, с участием специалистов Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития. С докладами в частности выступили генеральный директор ФГУ «Консультативно-методический центр лицензирования» Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития Енилеева С.К., рассказавшая о новых подходах

в аккредитации медицинских организаций, начальник управления лицензирования медицинской деятельности центра Бойченко Ю.Я., сотрудники этой службы, а также специалисты министерства здравоохранения Хабаровского края краевых медицинских организаций — члены МОООФИ. Активное участие в обсуждении представленных докладов приняли организаторы и руководители здравоохранения Дальневосточного региона. Своевременность и актуальность этой конференции подтверждается также острой

роль полемикой при обсуждении докладов и выступлений. Завершился конгресс IX научно-практической конференции медицинских сестер «Проблемы и перспективы стандартизации в сестринском деле», на ней средние медицинские работники Дальневосточного региона обсуждали роль и место медицинских сестер в условиях модернизации



А.И. Воробьев с участниками конгресса

В Хабаровске озабочены проблемами качества



В зале яблоку негде упасть

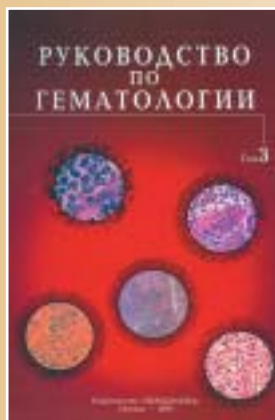
здравоохранения. Медицинская сестра является основным звеном здравоохранения в развитых странах, она, как и врач первичного звена, постоянно имеет дело с больным человеком. На этой конференции обсуждались современные стандарты сестринских технологий.

Определенную остроту Конгрессу придает значение Хабаровска, как опорной точки России на Дальневосточном направлении, в частности — территориальные проблемы с Китаем, передача ему большей части стратегически важного острова. Здесь остро чувствуется каждая пядь земли нашей страны...

В ходе работы конгресса было принято решение и подписано соглашение о создании в крае на базе Института повышения квалификации гематологического учебно-методического центра под патронажем ГНЦ РАМН и МОООФИ. Это новая форма работы позволит, как считают участники соглашения, существенно повысить качество гематологической и трансфузиологической помощи в крае и довести ее до уровня мировых стандартов.

По итогам конгресса была принята резолюция, в ней участники конгресса подтвердили необходимость его проведения в сентябре 2006 году и обозначили возможные тематики: проблемы пожилых пациентов, вопросы медицинского обеспечения малых народов, клиничко-экономический анализ и развитие системы управления качеством в здравоохранении.

Собственная информация



РУКОВОДСТВО ПО ГЕМАТОЛОГИИ В 3-х томах

Под редакцией академика А. И. Воробьева
Издательство «Ньюдиамед»

Уникальное издание создано лучшими специалистами России

Фундаментальное медицинское издание, отражающее все современные данные по вопросам физиологии и патофизиологии системы крови. В 3-м томе представлены следующие разделы: гемостаз (общие сведения о механизмах гемостаза; патология тромботического гемостаза; наследственные нарушения коагуляционного гемостаза; редкие наследственные коагулопатии; приобретенные геморрагические коагулопатии; синдромы диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови; тромботические микроангиопатические гемолитические анемии; геморрагические ангиопатии и гематомезенхимальные дисплазии; невритические и имитационные виды кровоточивости; нарушения гемостаза при онкогематологических заболеваниях; предтромботические состояния и тромбофилии); анемии (железодефицитные; мегалобластные; гемолитические; апластическая) порфирии; наследственный гемохроматоз; метгемоглобинемия и др. Стиль изложения делает книгу интересной не только для специалистов гематологов, онкологов, но и для врачей-терапевтов, педиатров, неврологов, семейных врачей, врачей других специальностей, преподавателей медицинских ВУЗов и факультетов послевузовской профессиональной подготовки.

ВНИМАНИЕ!

Изучалась степень достоверности регистрируемых причин смерти пожилого и старого населения. Информационной базой исследования явились медицинские свидетельства о смерти пожилого и старого населения Кировской области за 2004 год. Результаты исследования показывают, что существует ряд серьезных проблем в диагностике причин смерти населения старших возрастных групп.

В современных условиях возможности уточнения причины смерти путем проведения патологоанатомического вскрытия резко уменьшаются для умерших в пенсионном возрасте. Особенно это заметно у женщин: интенсивность вскрытия умерших от болезней органов кровообращения с достижением пенсионного возраста (55 лет) падает сразу на 19%; в возрасте от 60 до 64 лет падение этого показателя по сравнению с предыдущей группой — в 1,6 раза. В возрасте от 85 лет доля вскрытий составляет всего 3%.

Преобладающим основанием для определения причины смерти у лиц пожилого и старческого возраста является «предшествующее наблюдение» участковым врачом, а в 22% и вовсе фельдшером. При этом в свидетельствах о смерти встречаются и определения причины смерти только на основании осмотра трупа, в том числе и такие казусы, как «от атеросклеротической болезни сердца». Таким образом, достоверность диагностики причин смерти пожилых вызывает обоснованные сомнения.

С возрастом число умерших на дому стабильно растет, особенно в сельской местности. Для сельских жителей точность диагноза затруднена в связи с небольшим удельным весом вскрытий. Из умерших старше 60 лет на селе вскрыто 14,3%, в городе — 20,5%, причем чем старше умерший, тем больше различие между городом и селом. Имея в анамнезе пенсионера данные о заболевании органов кровообращения, врач, заполняющий свидетельство о смерти умерших на дому, отдает предпочтение именно этому диагнозу. Для медицинского работника, призванного наблюдать пенсионера, смерть пациента от астмы, диабета или других управляемых заболеваний считается свидетельством профессиональных недочетов.

Класс заболеваний органов кровообращения общепризнано является допустимой причиной смерти в поздних возрастах. Поэтому существует практика кодирования не истинной причины смерти, а фактического механизма смерти, который в этих возрастах, как правило, определяется нарушениями в сердечно-сосудистой системе.

В том числе такая практика существует и по результатам патологоанатомических вскрытий. Еще одной существенной проблемой адекватной диагностики причин смерти является низкая квалификация врача на селе. Все вышесказанное приводит к существенному искусственному завышению зна-

чимости болезней системы кровообращения и искажению, маскировке хронических болезней и проблем здоровья. Однако не только смерть от хронических болезней часто проходит под маской сердечно-сосудистых заболеваний. В последние годы в Кировской области прослеживается рост алкоголизации пожилых, прежде всего женщин: показатели смертности от отравлений алкоголем в возрасте от 70 до 74 лет превышают таковые у мужчин в возрасте до 40 лет.

Существующая ситуация по кодировке непосредственной причины смерти вместо первоначальной частично может объяснить активно дискутируемый в научной литературе феномен снижения онкологической смертности пожилых людей. Наблюдается «отставание» показателей смертности от показателей заболеваемости злокачественными новообразованиями, увеличивающееся с возрастом, что вряд ли можно отнести к достижениям отечественной онкологии. Резкая разница между уровнем распространенности новообразований и уровнями смертности от них прослеживается сразу после 55 лет, то есть достижениям женщинами пенсионного возраста.

В целом за 2004 год в Кировской области треть больных злокачественными новообразованиями умерли от других болезней, как правило, от заболевания органов кровообращения. В сельской местности выбор диагнозов еще более ограничен.

От чего умирают старики?

(доклад на X конференции «Пожилкой больной. Качество жизни»)



нов кровообращения, в меньшей степени нарастает смертность от болезней органов дыхания. Тогда как прирост смертей от злокачественных новообразований небольшой и совсем отрицательной становится динамика смерти от «внешних и неуточненных причин смерти».

По поводу двух последних можно предположить, что оставшиеся в живых после 65 лет граждане составляют наиболее добропорядочную часть старшего поколения и, как правило, окружены заботой родственников, что уменьшает риск быть обнаруженными умершими, например, от замерзания в собственном доме или в таком состоянии, что причина смерти уже не может быть установлена. Отношение к социально уязвимым группам — старикам и детям определяет отношение к населению в целом.

Е. В. Дубровина

(Начало на стр. 1) ↗

В прошлом году мы открыли центр дневной реабилитации. Мы его ласково называем «детский садик для старичков». Например, родственники работают, пожилой человек на весь день остается один, и чтобы ему как-то скрасить жизнь и родственникам ее облегчить, у нас есть микроавтобус, и он собирает группы 10—12 человек. Родственники помогают одеться и собрать пациента, сажают в автобус в 9 утра. Их привозят в наш центр, там ими занимается психолог, медсестра и социальный работник. Они общаются между собой, делают разные реабилитационные упражнения (например, гречку перебирают).

В декабре прошлого года мы открыли маленькое отделение, в начале было 8 мест, сейчас мы сделали ремонт еще одной палаты, теперь 11 мест, — отделение паллиативного ухода. Это отделение круглосуточное, людей, которые оказались в кризисной ситуации, мы забираем туда, некоторых забираем туда, чтоб они у нас достойно умерли. Чаше всего это пациенты, которые были на нашей домашней опеке, мы сопровождаем последние дни их жизни. Иногда это люди, которые недавно перенесли инсульт: они прошли лечение в государственной клинике, потом мы их забираем к себе на 2 недели. Работают мобильные реабилитационные курсы, которые учат либо самих пациентов, либо их родственников основам реабилитации.

Естественно весь проект начался благодаря иностранным фондам, Каритас-Германии, через него от других организаций, через Каритас-Франции, от Европейского Союза. Мы понимаем, что это не на всю жизнь, нужно зарабатывать деньги самим. И уже на протяжении 3 лет мы делаем собственный взнос за счет оказания платных услуг: мы оказываем помощь на дому и вне наших центров людям, которые могут заплатить за родственников. Например, в период летних каникул мы берем их родственников

в наш центр, они делают благотворительный взнос. И уже второй год мы получаем финансирование от государства. На Украине есть программа «Преодоление бедности», и в рамках этой программы каждый муниципалитет получает финансирование для таких программ, для людей бедных. И уже второй год наша организация выигрывает грант на оказание таких услуг, как в дневном центре, так и в отделении паллиативного ухода. Из 11 мест в отделении 6 финансирует государство. Это пока еще скромный опыт, но я думаю, что он очень реальный.

На Украине очень трудно с волонтерством: люди, когда имеют свободное время, они лучше чем-то заработают и поэтому очень медленно, долго к этому процессу шли. И только в позапрошлом году появились первые шаги. У нас волонтеров немного. На западе Украины это в основном молодежь из христианских общин, с которыми работают священники. Координаторы готовят отдельно волонтеров для работы с детьми, отдельно для работы с пожилыми. В среднем у нас 3—4 волонтера в центре, которые работают на протяжении 2-х лет. В начале мы говорили, что ты будешь делать то, что мы скажем. А теперь нас научили, что нужно спрашивать, что они сами хотят делать. Многие приходят раз в неделю на 2 часа, и выполняет какие-то свои определенные обязанности. Но очень важно, что это делается регулярно. Волонтеры обычно работают по принципу «равный равному»: с пожилыми работают в основном пожилые. Конечно же, эта работа не оплачивается. Время от времени мы устраиваем для них праздники, вечера. Естественно, что если мы получаем гуманитарную помощь, то мы им стараемся какие-то подарки сделать. Но это чисто символически, потому что сам принцип волонтерата основан на том, что ты не должен давать какой-то материальный стимул. Ну вот была возможность, и мы отправили всех волонтеров на встречу с Папой Римским в Риме.

З.Р. Чайковская-Гера

ИнтерНьюс

Вышел в свет протокол ведения больных болезнью Паркинсона

Болезнь Паркинсона представляет собой хроническое прогрессирующее заболевание головного мозга, преимущественно связанное с дегенерацией дофаминергических нейронов черной субстанции и проявляющееся сочетанием гипокинезии с ригидностью, тремором покоя и постуральной неустойчивостью. Заболеваемость и распространенность болезнью Паркинсона увеличиваются с возрастом, а увеличение продолжительности жизни в развитых странах мира в последнее десятилетие обусловило значительное увеличение распространенности этого заболевания. В протоколе четко изложены и обоснованы рекомендации по ведению данной группы пациентов в амбулаторной практике и в стационаре.

Источник:

Проблемы стандартизации в здравоохранении, 2005, № 3.

Сердечно-сосудистые положительные эффекты варфарина перевешивают опасность кровотечений у пациентов с острым коронарным синдромом и низким или умеренным риском геморрагических осложнений

Д-р Мишель Ротберг и его коллеги (Медицинский Центр Bavstate, Спрингфилд, Массачусетс) искали в MEDLINE исследования, сравнивавшие интенсивную терапию варфарином (МНО не ниже 2,0) и аспирином с монотерапией аспирином, опубликованные в 1990—2004 гг. В целом было отобрано 10 исследований, включающих 5938 пациентов и 11334 пациенто-лет. Оказалось, что по сравнению с монотерапией аспирином сочетание варфарина и аспирина достоверно снижает годовую частоту инфаркта миокарда — с 0,041 до 0,022 (снижение относительного риска на 44%). Кроме того, комбинированная терапия снижала риск ишемического инсульта с 0,008 до 0,004 (–54%) и реваскуляризации с 0,135 до 0,115 (–20%). Хотя сочетание аспирина и варфарина несколько повышало годовую частоту кровотечений — с 0,006 до 0,015, однако на показатели смертности это не влияло.

Источник:

Ann. Intern. Med. 2005; 143: 241—50.

Джон Несс и соавт. изучали распространенность рецидивирования климактерических симптомов у женщин в постменопаузе после отмены препаратов заместительной гормонотерапии

Авторы представили ретроспективный анализ 1000 женщин в постменопаузе, из них 205 (21%) прекратили прием гормонов после публикации результатов исследования WHI в 2002 году. Возвращение климактерических симптомов отмечено у 91 пациентки (44%), у 52 (25%) — вазомоторные, у 51 (25%) — урогенитальные, у 10 (5%) — изменение настроения. В группе из 91 женщины только 55 (60%) получали терапию для лечения этих симптомов. Наиболее часто отмечено локальное применение эстрогенов — у 33 женщин (36%), растительные препараты использовали 18 женщин (20%), венлафаксин — 13 (14%). Из растительных препаратов предпочтение отдавалось черному кохошу (9%) и сое (8%).

Источник:

Климакс.ру

ГЕРИАТРИЯ В ЛЕКЦИЯХ

«ГЕРИАТРИЯ В ЛЕКЦИЯХ» т. 1 и 2

Под ред. профессора П.А. Воробьева
Издательство «Ньюдиамед»

Лекции, созданные лучшими специалистами в геронтологии, гериатрии, терапии, врачами всех специальностей, чьи пациенты — пожилые люди. Фундаментальные вопросы биологии и патофизиологии старения, особенности течения и терапии различных заболеваний в позднем возрасте, современные методы диагностики и лечения, социальные вопросы — все это предназначено для врачей, кто видит проблему пожилого человека стратегически важной.

ИнтерНьюс

Вышел в свет протокол ведения больных «Лейомиома матки»

Под лейомиомой матки понимают опухоль, построенную из гладкомышечной и соединительной ткани, развивающуюся в мышечной оболочке матки по типу доброкачественной гиперплазии. Распространенность лейомиомы матки в последнее десятилетие неуклонно увеличивается. По современным эпидемиологическим данным в индустриально развитых странах лейомиома матки встречается у 20—30% женщин, достигших детородного возраста.

Лейомиома является одной из самых частых причин дефицита железа у женщин, так как обычно сопровождается кровотечениями. Лучшими специалистами страны четко изложены обоснованные рекомендации по ведению данной группы пациентов в амбулаторной практике и в стационаре.

Источник:
Проблемы стандартизации
в здравоохранении,
2005, № 2

Риск инсульта достоверно повышается при сочетании активного и пассивного курения у женщин — несмотря на то, что среди некурящих жен курильщиков риск инсульта значительно не увеличивается

Д-р Аднан Оуреш и его коллеги (Медицинский и Стоматологический Университет Нью-Джерси, Ньюарк) проанализировали данные исследования First National Health and Nutrition Examination Survey Epidemiologic Follow-up Study, начатого в 1982—84 гг. Статус курения самих женщин и их мужей уточнялся при включении в исследование. В целом в анализ вошли данные 5379 женщин, в том числе 443 курильщиц и 1209 некурящих, чьи мужья не курили, а также 1904 курильщиц и 1823 некурящих, чьи мужья курили. Оказалось, что жены курильщиков не только чаще курили сами, чем жены некурящих, но и имели большие стаж и интенсивность курения. За среднее время наблюдения 8,5 лет было зарегистрировано 835 случаев инсульта или иных сердечно-сосудистых событий. Среди женщин-курильщиц риск инсульта был достоверно выше при курении мужей, прежде всего за счет риска ишемического инсульта. Эта связь оставалась статистически значимой даже после поправки на возраст, уровень артериального давления, наличие диабета, потребление алкоголя. Среди некурящих женщин значимой ассоциации между курением мужа и собственным риском инсульта отмечено не было — возможно потому, что их мужья-курильщики старались оберегать супруг от воздействия табачного дыма.

Источник:
Stroke 2005

При компьютерной томографической колонографии возможно выявление внекишечной патологии, имеющей большое клиническое значение, например, аневризмы брюшного отдела аорты, сообщают авторы недавно проведенного исследования

В проспективном исследовании принимало участие 500 мужчин, проходивших компьютерную томографическую колонографию. У 315 из них была выявлена внекишечная патология, такая, как кисты почек, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, которая не имела клинического значения. Тем не менее, у 50 пациентов были выявлены образования почек, узлы в легких, аневризмы и поражение печени, что значительно изменяет подход к таким больным.

Источник:
Judy Yee и соавторы
(Radiology 2005; 236: 519—526)

ПРОДОЛЖАЕМ РАЗГОВОР

В выпуске Медвестника 21 сентября были помещены «страницы медицинского представителя», подготовленные О. Фельдманом. Они открывались статьей О. Фельмана, почти целиком посвященной возражениям неназванному в тексте П. Воробьеву. Аналогичного содержания реплика была помещена в Фармвестнике на той же неделе.

Прямолинейное высказывание П. Воробьева, предисловие редакции Медвестника и деликатный текст О. Фельдмана не вполне верно освещают ситуацию с медпредставителями.

Прежде всего, относительно клятв. В нашей стране никто не давал клятвы Гиппократу. Значительное число врачей давали клятву врача Советского Союза, где обещали отстаивать его — Союза — интересы. Однако для людей, работающих в медицине (врачей) и ушедших в фармбизнес (фармпредставителей) жизнь со временем изменяется по-разному. Несерьезно считать, что те и другие служат интересам пациентов, только по-разному. Это как если бы сказать, что окончившие юридические факультеты одинаково служат интересам обвиняемого: и прокурор и адвокат. Шепель и Падва. В действительности одни зарабатывают себе на жизнь, обслуживая интересы пациентов, а другие — обслуживая интересы производителей лекарственных средств. Вторые зарабатывают больше, но не это, конечно, вызывает у врачей и пациентов негативные суждения о фармпредставителях. Впрочем, на Руси остается надежным правилом: «трудом праведным не наживешь палат каменных».

Конечно, неверно судить о фармпредставителях на примере худших из них. Нельзя так судить и о врачах. Беда в том, что, тесно соприкасаясь в выполнении своих функций, врачи и фармпредставители преследуют разные цели. Цель фармпредставителя, которой он достигает в команде производителя лекарственного средства — увеличение продаж. Эта цель достигается избирательным представлением информации во всех звеньях маркетинга, в том числе фармпредставителями. Скандалы последних двух лет, касавшиеся избирательного обнародования результатов клинических испытаний фармкомпаниями, хорошо известны. Напомню только про использование антидепрессантов у детей и маркетинг ингибиторов ЦОГ2.

Могут ли «лучшие представители» профессии фармпредставителя предоставлять врачу взвешенную информацию, если политика производителя нацелена на продвижение всеми средствами, в том числе бесконечным продлением жизни патента, проведением маркетинга через некорректные клинические испытания и прочее? Конечно же — нет. Это прямой путь к увольнению по причине нанесения вреда работодателю. Поэтому несерьезно рассматривать деятельность фармпредставителей как «информационную». «Функция информирования» есть всего лишь инструмент увеличения продаж.

Из того, что работа фармпредставителя законна, не вытекает однозначно, что она морально оправдана. Сравним с производством и продажей табака. Все знают, что вредно, но не считают, что всякий продавец в киоске с сигаретами — плохой человек.

Из того, что деятельность фармпредставителей законна, не вытекает однозначно, что она эффективна. Производители и продавцы лекарственных средств используют разные средства и действуют не только на основании аргументов раз-

зума, но, например, моды. Вспомним, как недавно почти все дружно бросились использовать «горячие линии» для продвижения лекарств. Судя по тому, что сейчас охладели, поветрие было не очень удачным по последствиям. Известно, что журнальная реклама эффективнее. Другое дело, что представители лучше справляются с деликатными задачами поддержания заинтересованности врачей в продажах.

Что делать в этой ситуации врачам? Только балансировать между добросовестной практикой и необходимостью обеспечить семью. Даже в США и Канаде не все врачи могут себе позволить отказаться от побочных доходов, получаемых обычно через представителей производителей лекарственных средств и прочего (пластин, стентов, шурупов, повязок...). Беда в том, что люди считают себя разумными и неуязвимыми для действия рекламы. В том числе и врачи. Между тем в исследованиях показано, что все используемые для продвижения лекарств способы действуют. Даже бесплатная ручка с названием препарата, лежащая на столе, увеличивает частоту прописывания препарата. Что уж говорить тогда о личном контакте с представителем или рекламе в профессиональном журнале!

Для тех, кто полагает доказательную медицину основой современной медицинской практики, показателем пример Дэйва Саккета. Он в свое время в клинике запретил появление фармпредставителей. Даже несмотря на то, что это осложнило отношения с фармкомпаниями и привело к уходу некоторых из них из университета. Так поступают и некоторые другие врачи на Западе.

Что делать обществу? Всего-то создавать здоровые условия для законной деятельности и пресекать незаконные. Не могу не согласиться с О. Фельдманом в том, что государство российское самими важными делами не занимается. То передат финансирование первичной помощи на муниципальный уровень, то решит доплачивать врачам первички напрямую из федерального бюджета. А то, что надо сделать давно — обеспечить всех врачей и всех граждан страны доступом к хорошей медицинской информации — даже не обсуждается. Между тем примеры есть — уже в десятке стран граждане и врачи имеют неограниченный доступ к справочнику «Clinical Evidence» («Доказательная медицина» на русском) и к Кокрановской библиотеке.

Медпредставители и врачи: нет нужды имитировать единство интересов

В.В. Власов
Российское отделение
Кокрановского сообщества



Уважаемые коллеги, читатели журнала

«КЛИНИЧЕСКАЯ ГЕРОНТОЛОГИЯ»

подписаться на наш журнал вы можете:

1. Через агентство РОСПЕЧАТЬ, каталог «ГАЗЕТЫ И ЖУРНАЛЫ». Индекс журнала — 72767.
2. Через редакцию журнала, заполнив бланк-заказ и оплатив указанную сумму (журнал высылается по Вашему адресу в конверте).

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

Бланк-заказ на подписку журнала на 2006 год в редакции

(журнал высылается по Вашему адресу в конверте).

Ваш адрес просим указывать ПЕЧАТНЫМИ буквами.

Ф.И.О. подписчика	Почтовый адрес доставки (индекс обязательно)	I полугодие												II полугодие											
		Номера журнала												Цена номера в руб.											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
		ИТОГО: (впишите сумму)																							

Квитанцию о переводе оплаченной Вами суммы и бланк заказа высылайте по адресу: Москва, Коломенский пр., 4, ГKB 7, Кафедра гематологии и гериатрии ФГПОВ ММА им. И.М. Сеченова, редакция журнала «Клиническая геронтология». Тел./факс (095) 118-74-74 E-mail: mtpndm@dol.ru

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

ПРОТОКОЛЫ МГНОТ

**ПРОТОКОЛ ПЛЕНАРНОГО ЗАСЕДАНИЯ
МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО НАУЧНОГО
ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ
от 24.09.2003 г.**

Председатель: академик РАМН Н. А. Мухин

Секретарь: к.м.н. Е. Н. Кочина

Повестка дня: Проф. А. И. Синопальников, Ю. Г. Белоцерковская (Государственный институт усовершенствования врачей МО РФ). Тяжелый острый респираторный синдром: победа, которая не кажется окончательной.

Рост интеграции общественной и деловой жизни общества, а также продолжающееся увеличение численности населения земного шара создает почву для возникновения и распространения новых инфекционных заболеваний. Примеры этого — возникавшие за последние десятилетия вспышки инфекций, вызванных *Hantavirus*, *Hendra-virus*, *Nipah-virus* и ряда других заболеваний. В силу своей относительно малой контагиозности появление данных заболеваний осталось практически незамеченным для мировой общественности. Поразительно высокая контагиозность **Тяжелого Острого Респираторного Синдрома (ТОРС)** с учетом тяжести проявлений данного заболевания и высокой вероятности неблагоприятного для больного исхода заставили мировое сообщество прибегнуть к экстраординарным по строгости мерам эпидемиологического контроля. Поиском возбудителя, а затем и разработкой диагностических тестов и средств для лечения и профилактики нового заболевания в форсированном темпе занялись ведущие клиники и научно-исследовательские центры множества государств. Основным направлением, в котором были начаты работы по изучению нового заболевания, стало исследование истории развития пандемии.

Впервые возникнув в середине ноября в южных провинциях Китая, новое заболевание стремительно распространилось по территории этого государства, поразив к середине декабря 2002 года более 300 человек. Недостаточная эпидемиологическая настороженность органов санитарного надзора КНР привели к тому, что на протяжении четырех месяцев сколько либо значимых работ по изучению заболевания и идентификации его возбудителя произведено не было, и в марте 2003 года первые заболевшие появились за пределами Китая. Ретроспективный анализ цепочек распространения ТОРС, проделанный специалистами Всемирной Организации Здравоохранения и Центров по Профилактике и Контролю за Инфекционными Заболеваниями, продемонстрировал крайне высокую контагиозность заболевания: один больной ТОРС был способен инфицировать до нескольких десятков людей. К середине апреля 2003 года количество ежедневно заболевших составляло более 350 случаев вероятного ТОРС. 10 апреля 2003 года было сообщено об идентификации возбудителя нового заболевания — вирусе из семейства коронавирусов. Последовавшие за этим усилия по разработке годных для практического применения диагностических тестов, средств для этиотропной терапии ТОРС а также вакцины против этого заболевания не принесли значимых результатов, что оставило в арсенале средств для борьбы с новой мировой угрозой всего один результативный способ контроля эпидемии: строгий карантин для больных и контактировавших с ним лиц. Жестокость мер эпидемиологического контроля определяла темпы дальнейшего распространения заболевания: с середины апреля 2003 года по середину мая 2003 года показатели заболеваемости ТОРС по всему миру снизились более чем в 50 раз. Данные производимых в это время исследований в области этиологии, эпидемиологии, патогенеза и диагностики ТОРС оказали немалую помощь в достижении контроля за распространением эпидемии. Однако получаемые результаты оказывались иногда весьма неожиданными и зачастую порождали больше вопросов, чем ответов: была подтверждена возможность фекально-орального механизма передачи для ТОРС-АКВ, что прежде было абсолютно нехарактерно для

коронавирусов, вызывавших заболевания в человеческой популяции; помимо штамма Урбани были выделены геномы еще трех штаммов ТОРС-АКВ, что позволило заподозрить возможность отличия вариантов заболевания, вызываемого одной из этих разновидностей вируса, а также позволило считать вероятным наличие других, неизвестных и патогенных для человека разновидностей ТОРС-АКВ. Тем не менее, повсеместное внедрение мер эпидемиологического контроля за заболеванием принесло свои плоды и 3 июля Тайвань, оставшийся последним в списке стран с продолжающейся передачей вируса, был объявлен свободным от ТОРС.

Пандемия ТОРС была побеждена, однако остается ряд задач, от скорейшего решения которых зависит дальнейшая судьба ТОРС в человеческой популяции: поиск источника ТОРС-АКВ и исключение наличия природного резервуара инфекции; поиск эффективных препаратов для этиотропной терапии ТОРС; разработка вакцины для профилактики ТОРС.



На пленарном заседании МГНОТ

Вопросы докладчику:

Вопрос 1: «Какие мнения приводятся в литературе о том, что заболевание встречается в основном у лиц белой расы?»

Ответ: «Считается что, т. к. очаг эпидемии возник в Юго-Восточной Азии, то основная часть заболевших — представители «желтой» расы. Однако в Торонто зарегистрировано 18 случаев заболевания среди белого населения».

Вопрос 2: «Где в Москве делают обследование на ТОРС-АКВ?»

Ответ: «Насколько мне известно, в НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Н. Ф. Гамалеи.»

Вопрос 3: «Есть ли дезинфекционные средства, эффективные против этого вируса?»

Ответ: «В настоящее время нет. Вирус вне организма сохраняет контагиозность и вирулентность до 4 дней. При температуре больше 75 °С он погибает в течение 30 минут.»

Вопрос 4: «Проблематично ли создание вакцины против данного вируса?»

Ответ: «Ответ будет дан после расшифровки геномитапа всех выделенных вирусов. В настоящее время выделено 4 разновидности ТОРС-АКВ. Необходимо отметить успехи отечественных исследователей — полностью успешное секвенирование ТОРС-АКВ, выделенного от единственного выявленного на территории РФ больного ТОРС.»

Вопрос 5: «Были ли беременные женщины среди заболевших и каков процент летальных исходов в данной группе?»

Ответ: «В литературе такой группы среди заболевших не выделено.»

Председателем дана высокая оценка докладу, в котором обобщены самые современные данные по проблеме тяжелого острого респираторного синдрома. Отмечена роль высоких технологий в быстрой идентификации вируса. Важно разделить термины «атипичная пневмония» и «ТОРС», имеющих общность лишь в нетипичности течения.

ИнтерНьюс

Нормализация суточного профиля артериального давления сама по себе не уменьшает микроальбуминурию у больных сахарным диабетом II типа с клинически выраженной нефропатией

Д-р Жен Ясуда и его коллеги (Школа Медицины Университета Йокогамы) изучали влияние лозартана и амлодипина на суточные показатели артериального давления и микроальбуминурию: 44 пациента принимали лозартан (25 мг/сут) и 43 — амлодипин (2,5 мг/сут) в течение титрационной фазы (12 недель) и основной фазы (до 12 недель). Предварительно отменялись все остальные гипотензивные препараты. До и после вмешательства выполнялись 12-ти часовое мониторирование артериального давления, определение экскреции альбумина с мочой. Лозартан снижал среднее дневное артериальное давление со 162/91 до 150/82 мм рт.ст., среднее ночное артериальное давление — со 146/82 до 137/74 мм рт.ст. Амлодипин снижал среднее дневное артериальное давление со 159/90 до 147/82 мм рт.ст., среднее ночное артериальное давление — со 143/81 до 131/72 мм рт.ст. Высоко- и низкочастотные компоненты и соотношение их дневных и ночных индексов были одинаковыми в обеих группах, что свидетельствовало об отсутствии различий в суточном ритме функционирования автономной нервной системы. Лозартан снижал суточную экскрецию альбумина с 810 до 570 мг/сут, а на фоне амлодипина такого влияния не было: экскреция альбумина сохранялась на уровне 790 мг/сут. Таким образом, сам по себе контроль артериального давления не уменьшает проявления нефропатии. Авторы полагают, что лозартан оказывает антипротеинурический эффект за счет дополнительных механизмов, не связанных с гипотензивным действием.

Источник:

Diabetes Care 2005; 28: 1862-8.

Отношение врачей и больных к сочетанию атопического дерматита с пищевой аллергией иллюстрируется различиями в диетических рекомендациях

Атопический дерматит считается хроническим заболеванием. Естественно, что для того, чтобы помочь таким больным, предложено множество способов, часть из которых действительно эффективна, часть — бесполезна и только занимает время, а часть — просто вредна. Лучше всего это иллюстрируется отношением врачей и больных к сочетанию атопического дерматита с пищевой аллергией: считается, что наиболее часто в качестве аллергенов, «виновных» в развитии атопического дерматита, выступают различные продукты питания. Действительно, кто сталкивался с проблемой атопического дерматита, хорошо знает — первая рекомендация врачей касается специальной диеты с ограничением или исключением из употребления многих видов пищи. Существуют стандартные диеты, которые назначают всем пациентам с атопическим дерматитом, хотя не может быть единой для всех безаллергенной диеты, так как каждый больной «переносит» или «не переносит» свой, индивидуальный набор продуктов питания. Есть продукты, на которые аллергическая реакция в целом встречается чаще или реже, но это не подразумевает необходимости исключения у всех детей «сильных» аллергенов. Хорошо известно большое число наблюдений, в которых дети с тяжелым атопическим дерматитом безо всяких отрицательных последствий ели шоколад, клубнику и т. д. В большинстве случаев исключение различных «высокоаллергенных» продуктов не было обосновано. Прежде, чем исключить что-либо из питания, надо доказать непереносимость этого продукта.

Источник:
Allergosite

КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ

(оценка, выбор медицинских технологий управление качеством медицинской помощи)

Под редакцией профессора П.А. Воробьева

Издательство «Ньюдиамед»

Новое направление в медицине приобретает все больше сторонников. Книга уже произвела огромный общественный резонанс.

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

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

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



ИнтерНьюс

Протективные свойства различных антигипертензивных препаратов в отношении инсульта и ИБС могут отличаться

Д-р Паоло Вердечиа и его коллеги (Ospedale Silvestrini, Перуджа, Италия) сообщают что, несмотря на сопоставимое гипотензивное действие, иАПФ более эффективно, чем антагонисты кальция, предотвращают коронарную патологию. В отношении профилактики инсульта наблюдается обратная картина. К такому выводу итальянские ученые пришли, проанализировав результаты 28 клинических испытаний, сравнивавших иАПФ или антагонисты кальция с диуретиками, бета-блокаторами или плацебо. За весь период наблюдения (1—6 лет) среди 179222 участников был зарегистрирован 5971 случай инсульта и 9509 случаев коронарной патологии. По данным первичного анализа, риск инсульта снижали антагонисты кальция, но не иАПФ, по сравнению с диуретиками или бета-блокаторами. В отношении профилактики коронарной патологии между этими тремя группами препаратов существенных различий не наблюдалось. После поправки на степень снижения артериального давления, возраст, пол, длительность терапии и другие вмешивающиеся факторы, выяснилось, что профилактика инсульта объясняется снижением систолического АД и приемом антагонистов кальция, в отличие от других антигипертензивных препаратов. Коронарную патологию предотвращали прием иАПФ и снижение систолического артериального давления. По мнению авторов, независимо от своего гипотензивного эффекта иАПФ обладают специфическим протективным действием в отношении коронарной патологии, а антагонисты кальция — в отношении инсульта, впрочем, основной путь профилактики сердечно-сосудистых осложнений при гипертонии — это снижение артериального давления.

*Источник:
Hypertension 2005*

У многих пациентов, перенесших инсульт, нарушаются вкусовые ощущения. К счастью, выраженность этих нарушений постепенно уменьшается

Д-р Джозеф Хекманн и его коллеги (Университет Эрланген-Нюрнберг, Германия) обследовали 102 больных после инсульта. В первые 3 дня от развития симптомов у всех участников оценивались вкусовые ощущения с помощью стандартизованных «вкусовых полосок». Также оценивались обоняние, глотание, локализация инсульта, сопутствующая патология, медикаментозная терапия. Потеря вкусовых ощущений имела место у 31 пациента (30%), латерализованное нарушение вкуса — у 7 (6%). Как правило, у больных с нарушениями вкуса зона инсульта располагалась в лобной доле.

При повторном обследовании спустя 3 месяца вкусовая чувствительность существенно улучшилась, в том числе у 4 участников полностью исчезли латерализованные вкусовые расстройства. Опасность нарушений вкуса — в том, что пациент может вовремя не распознать непригодную к употреблению пищу, недоедать или, напротив, переедать. Может измениться пищевое поведение (приготовление пищи, посещение ресторана, отношение к трапезе как форме общения с окружающими). Поэтому постинсультным расстройствам вкуса следует уделять должное внимание, уверены немецкие исследователи.

*Источник:
Stroke 2005*

ПРОГРАММА ЗАСЕДАНИЙ МГНОТ НА ДЕКАБРЬ 2005 г.

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

Дата, автор	Тема, аннотация
14 декабря 2005 года, среда в 17.00	Заседание Правления и Ревизионной комиссии
14 декабря 2005 года, среда в 17.30 Академик РАН и РАМН Е.И. Чазов (Российский кардиологический научно-производственный комплекс Минздравсоцразвития России)	Проблемы борьбы с артериальной гипертензией. Проблема борьбы с артериальной гипертензией (АГ) переросла узко медицинские рамки, учитывая значимость этой болезни в общей структуре заболеваемости, инвалидности и смертности в нашей стране. Суть в том, что АГ является основным фактором риска развития атеросклероза, инфаркта миокарда и инсульта. Исходя из значимости борьбы с АГ, с 2002 года в стране функционирует государственная программа «Профилактика и лечение артериальной гипертензии». В ней предусмотрена прежде всего информированность населения и широких врачебных кругов о возможностях диагностики и лечения этого распространенного заболевания. По данным выборочных исследований в стране насчитывается более 41 млн. больных АГ, тогда как на учете в органах здравоохранения находится всего лишь 8 млн. человек, причем эффективно лечится лишь от 6 до 15% больных. В то же время медицина располагает большим арсеналом медикаментозных средств семи классов с различными механизмами действия, позволяющих успешно контролировать уровень АД. В первичном звене здравоохранения по выборочным исследованиям лишь 40% врачей используют современные эффективные схемы лечения. Задача состоит, с одной стороны, в создании условий для информированности широких слоев населения о необходимости контроля АД, с другой — в повышении знаний врачей о возможностях современных методов лечения. 40 мин.
28 декабря 2005 года, среда в 17.00	Заседание Правления и Ревизионной комиссии
28 декабря 2005 года, среда в 17.30 Проф. А.Л. Раков, доцент О.В. Фесенко (Кафедра терапии ГИУВ МО РФ, ГВКГ им. Н.Н. Бурденко)	«БОТКИНСКИЕ ЧТЕНИЯ» Изменились ли наши представления о патогенезе и клинической картине тяжелой пневмонии со времен С. П. Боткина? В докладе пойдет речь об использовании некоторых принципов, постулированных С.П. Боткиным, применительно к современным методам диагностики и лечения пневмоний тяжелого течения. 40 мин.
Секционные заседания	
Секция лечебного питания: В клинике лечебного питания Института питания РАМН, Каширское шоссе, 21	
13 декабря 2005 года, вторник в 16.00 Самира Эшгения	Применение антиоксидантов при гипертонической болезни
Секция электрокардиографии и других инструментальных методов исследования сердечно-сосудистой системы: В аудитории 1 кафедры терапии РМАПО, ГКБ им. С. П. Боткина, 20 корпус, 1 этаж, проезд до ст. метро «Беговая», «Динамо»	
20 декабря 2005 года, вторник в 17.00 И.Г. Байрак, проф. Г.Г. Иванов	Структура сердечного ритма при использовании анализа R-R и P-P интервалов
Секция клинической геронтологии и гериатрии: В конференц-зале МГКБ № 60, шоссе Энтузиастов, 84/1, корпус 1, 2 этаж	
15 декабря 2005 года, четверг в 15.00 Д.б.н. Т.П. Рябых, к.б.н. Т.В. Осипова	Диагностические биотипы на основе онкомаркеров
Секция нефрологии и иммунопатологии: В аудитории клиники нефрологии, внутренних и профессиональных болезней им. Е.М. Тареева, ул. Россолимо, 11-а	
15 декабря 2005 года, четверг в 16.30	«ДЕКАБРЬСКИЕ ЧТЕНИЯ В КЛИНИКЕ им. Е.М. ТАРЕЕВА» «Актуальные вопросы кардиологии» посвящается памяти профессора Александра Васильевича Сумарокова
Секция ревматологии: В помещении конференц-зала Института ревматологии РАМН, Каширское ш., 34	
6 декабря 2005 года, вторник в 16.00 1. С.И. Хузмиева, к.м.н. Н.М. Кошелева, проф. З.С. Алекберова 2. Д.м.н. Р.Т. Алекперов	Системная красная волчанка: течение и исходы беременности Синдром Рейно в практике ревматологов
Секция гематологии и переливания крови: в большом конференц-зале Гематологического научного центра, Новозыковский проезд, 4-а, главный корпус, 5 этаж	
27 декабря 2005 года, вторник в 17.00	Справки по тел. 212-09-23.
В дни секционных заседаний председатели секций и другие ведущие специалисты проводят консультации для врачей по интересующим их вопросам.	
Правление МГНОТ	



СПРАВОЧНИК ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ФОРМУЛЯРНОГО КОМИТЕТА

2005 год

Под редакцией профессора П.А. Воробьева

Издательство «Ньюдиамед»

Справочник Формулярного комитета включает только жизненно необходимые лекарственные средства, которые на протяжении многих лет отбирались Формулярным комитетом для Перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств. Справочник содержит сведения о 416 лекарственных средствах.

Формулярные статьи прошли тщательную экспертизу и содержат стандартизированные по форме и содержанию сведения о применении лекарственного средства, включая правила назначения, контроля за эффективностью, изменения доз и отмены, информацию для пациентов и членов их семей, медицинского персонала. Справочник обеспечивает практикующих врачей адекватными и достоверными данными по применению наиболее эффективных лекарственных средств. Справочник может быть использован для составления формуляра территории или медицинской организации. Информация по применению лекарств уникальна и ее нет ни в одном другом издании!

Я работаю в мексиканских клиниках около 20 лет. Мексика — это ни на что не похоже, мексиканцы особая нация. Нация запрограммирована на то, что старость — это плохо: 25–30-летнему можно сказать «моя старуха, мой старик», но человеку старше 50 сказать, что он старик, даже шутя, нельзя. Кроме того, не принято говорить «мне больно», не «принято» болеть. И человек, находясь даже в тяжелом состоянии, старается сидеть, а не лежать на носилках, и если он в сознании и медсестра спрашивает, как самочувствие, он всегда отвечает «хорошо». Всегда спокойны, они всегда живут весело. И это несмотря на тяжелые болезни. Рак косит мексиканцев из-за особых климатических условий, очень большой процент рассеянного склероза. Высокий уровень оптимизма, но оптимистичность мексиканцев не влияет на своевременную обращаемость к врачам: они очень дисциплинированы, как ни странно.

Таких природных условий, как в Мексике, нет нигде. Нигде нет таких землетрясений, нигде нет такой высоты и такого загрязнения и смога. Столица сейчас — это 50 миллионов жителей, это что-то страшное: стресс громадного города, стресс высоты, стресс гипоксии. Весь город расположен на высоте 2500–3100 метров над уровнем моря. На первом месте в структуре смертности травма (землетрясения — это ужасно), второе место делят сердечно-сосудистая смертность и диабет (очень много толстых), на третьем месте — онкология.

Семьи большие, иметь меньше трех детей просто неприлично: значит, ты болен. Мексиканцы молодая нация, хотя, конечно, как и во всем мире — стареющая. В стране культ медицины со времен ацтеков. Мексика отличается развитием хирургических методов, особенно в некоторых областях травматологии. Здесь операция при переломе шейки бедра делается абсолютно во всех госпиталях и во всех возрастных группах, это очень частая операция, после нее люди встают и ходят. Из ничего собирают человека. При травме обслуживание практически бесплатное по всей стране, стоит абсолютно символическую сумму. Длительное лечение серьезной травмы позвоночника в пределах 300 долларов.

Врач — самая популярная профессия, врачей учатся очень много. Часть врачей 3 дня оперирует в Мексике, 3 дня в США. Но прежде, чем они будут жить и работать в США и в Канаде, они обязаны поработать в Мексике.

Равнение на мексиканцев

(доклад на X конференции «Пожилой больной. Качество жизни»)

Очень верующая страна, католическая. Если ты не будешь ухаживать за своим родственником, обязательно, что это папа или мама, то господь тебя накажет. То есть основная часть помощи пожилым ложится на семью. Все это выглядит с религиозной немножко ноткой: это не в тягость, это трудно, но нельзя показать, что это в тягость. Всегда хорошо одет больной, всегда хорошо ухожен, дамы всегда подкрашены, исключено слово «старость» и «болезнь». На всех праздниках человек, который может хоть что-то проглотить, будет участвовать, сидеть в кресле, даже если не может разговаривать, ходить. Будет на кресле ездить в магазин и везде.

Только 2 страны учат 12 лет в медицинских ВУЗах: Индия и Мексика. После того, как студенты отучились 6 лет, они год работают в госпиталях столицы, потом год они будут помогать пожилым в домах престарелых. Причем эта помощь очень квалифицированная и она включает в себя помощь психологическую, потому что в течение этих 6 лет они в общей сложности год изучают психологию. Дома престарелых есть, но их немного, есть для богатых, есть для бедных. Пожилые люди получают помощь и индивидуально.

Удивительно правильное питание у всех (если, конечно, без перца чили), и не потому, что они специально соблюдают диету, хотя нутриологов там много, просто все дешевое и кругом растет, это традиционное питание. Очень много фруктов, овощей, натуральных соков. Ем столько арбузов, сколько хочу, бананы вообще бесплатные повсюду висят, в городе их, конечно, есть нельзя, потому что они токсичные.

Н. Сафразьян

Как стать членом общества? — Просто приходите на заседание.

На пленарном заседании Вы можете сдать членские взносы и стать действительным членом Московского городского научного общества терапевтов. На заседаниях кардиологической, ангиологической секций, секции «Человек и инфекция» Вы можете зарегистрироваться в базе данных и получить бесплатно эту газету. Став членом общества — пригласи товарища. Общество терапевтов — для всех терапевтов. Вы можете передать для внесения в базу данных сведения не только о себе, но и о своих друзьях — московских докторов, заполнив таблицу:

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

Купон высылайте в конверте по адресу:

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

Сопредседатели секции:

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

Программа заседания:

1. Круглый стол
2. Обсуждения
3. Доклад спонсоров

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

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

Сопредседатели секции:

- Кириенко А.И., член-корр. РАМН, профессор
- Савенков М.П., д.м.н., профессор
- Парфенов В.А., профессор, невролог.

Программа заседания:

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

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

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



ЛАБОРАТОРНАЯ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА. СПУТНИК ИНТЕРНИСТА

Под ред. проф. П. А. Воробьева

Издательство «Ньюдиамед»

Бестселлер учебно-методической литературы!

В краткой но точной форме содержит показатели нормы и трактовку результатов общеклинических и биохимических исследований крови, мочи, системы гемостаза, других биологических жидкостей, ЭКГ, ФВД, тестов функциональной диагностики, ультразвуковых исследований внутренних органов и др. Всего 8000 параметров.

Книга — Ваш верный помощник в любой ситуации по выбору правильного диагноза.

Сопредседатели секции:

- Ноников В.Е., д.м.н., профессор, заместитель главного терапевта ГУЗ УДП
- Богомолов Б.П., профессор, член-корр. РАМН, заместитель главного инфекциониста ГУЗ УДП

Программа заседания:

1. Основной доклад
2. Выступления оппонентов
3. Доклад спонсора

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

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

Уважаемый коллега!

Приглашаем Вас принять участие в работе научно-практической конференции «Управление качеством в здравоохранении: лицензирование, стандартизация, клинко-экономический анализ»

Конференция состоится 5-7 декабря 2005 года в Центральном Доме ученых РАН по адресу: Москва, ул. Пречистенка, 16.

Проезд: м. «Кропоткинская»

Начало регистрации в 9.00

Дополнительная информация по тел./факсу: (095) 118-74-74, (095) 246-01-19 и на сайте: www.rspor.ru; www.zdrav.net

Приглашение

«Прививка
от болезни
сердца»

15 декабря 2005 года
Начало в 17.00
Вход по приглашениям

Приглашение

«Аневризма –
когда
оперируем?»

14 декабря 2005 года
Начало в 17.00
Вход по приглашениям

Приглашение

«Гепатит:
есть чем лечить,
а можно ли
вылечить?»

13 декабря 2005 года
Начало в 17.00
Вход по приглашениям

ПРОРЫВ В АНТИАГРЕГАНТНОЙ ТЕРАПИИ

Плавикс™
КЛОПИДОГРЕЛЬ БИСУЛЬФАТ

Плавикс™ на **26%** надежнее,
чем аспирин, предупреждает такие
атеротромботические события, как
ишемический инсульт, инфаркт миокарда
и сосудистая смерть

* Исследования CAPRIE и метаанализ Antiplatelet Trialists' Collaboration. Плавикс предупреждает 24 сосудистых осложнения на 1000 пациентов в течение года, в то время как аспирин – 19. Таким образом, различие составляет 25%.

sanofi aventis
Плавикс – здоровье

107045, Москва, Последний пер., д. 23, стр. 3 – Тел.: (095) 721 14 00 – Факс: (095) 721 14 11
101000, Москва, Уланский пер., д. 5, стр. 1 – Тел.: (095) 926 57 03/11/24/35 – Факс: (095) 926 57 10/34

Вестник МГНОТ (бесплатное приложение для врачей к журналу «Клиническая геронтология»)

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

РЕДАКЦИЯ: Главный редактор П.А. Воробьев

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ: А.В. Власова (ответственный секретарь), А.И. Воробьев, В.А. Буланова (зав. редакцией), Е.Н. Кочина, Л.А. Положенкова, Т.В. Шишкова, Л.И. Цветкова

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ: А.И. Воробьев (председатель редакционного совета), В.Н. Ардашев, З.С. Баркаган, А.С. Белевский, Ю.Н. Беленков, Ю.Б. Белоусов, Б.П. Богомолов, И.Н. Бокарев, В.И. Бурцев, Е.Ю. Васильева, В.А. Галкин, М.Г. Глезер, Е.Е. Голин, А.П. Голиков, Д.И. Губкина, Н.Г. Гусева, Л.И. Егорова, В.М. Емельяненко, Р.М. Заславская, Г.Г. Иванов, В.Т. Ивашкин, А.В. Калинин, А.В. Каляев, С.В. Карпова, М.И. Кечкер, А.И. Кириенко, В.М. Ключев, Ф.И. Комаров, Б.М. Корнев, Л.Б. Лазебник, В.И. Маколкин, И.В. Мартынов, А.С. Мелентьев, А.А. Михайлов, В.С. Моисеев, В.Е. Ноников, Н.А. Мухин, Е.Л. Насонов, В.А. Насонова, В.Г. Новоженев, Л.И. Ольбинская, Н.Р. Палеев, М.А. Пальцев, В.А. Парфенов, А.В. Погожева, А.В. Покровский, В.И. Покровский, Н.П. Потехин, А.Л. Раков, М.П. Савенков, В.Г. Савченко, В.В. Серов, В.Б. Симоненко, А.И. Синопальников, В.С. Смоленский, Г.И. Сторожаков, А.Л. Сыркин, В.П. Тюрин, А.И. Хазанов, Е.И. Чазов, А.Г. Чучалин, Л.В. Циганова, В.В. Цурко, Т.В. Шишкова, Н.А. Шостак, А.В. Шлектор, Н.Д. Ющук, В.Б. Яковлев

Газета распространяется среди членов Московского городского научного общества терапевтов бесплатно

Адрес: Москва, 115446, Коломенский пр., 4, ГКБ № 7, Кафедра гематологии и гериатрии

Телефон (095) 118-7474, e-mail: mtpndm@dol.ru www.zdrav.net

Отдел рекламы (095) 8-906-721-37-65

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

Научно-практическая конференция

Управление качеством в здравоохранении:
лицензирование, стандартизация, клинико-экономический анализ

Москва, 5-7 декабря 2005 года

ПРИГЛАШЕНИЕ