



ПРЯМАЯ РЕЧЬ

Как появилась идея заниматься именно долечиванием, выхаживанием, оказанием паллиативной помощи?

Еще в конце 90-х я работала заместителем главного врача медсанчасти № 168, одного из крупнейших медицинских центров города, и в какой-то момент стало понятно, что недостаточный уход за послеоперационными больными крайне негативно сказывается на результатах лечения в целом. Собралась группа коллег-единомышленников, которые загорелись идеей что-то поменять в этой сфере. Мы мечтали перевернуть сложившееся в советской медицине отношение к тяжелым больным. Я хотела так ухаживать за больными, как мне бы понравилось, чтобы ухаживали за мной, если я заболею.

В 1998 г. на научно-практической конференции произошла наша историческая встреча с профессором Йенского университета (Германия), настоящим лидером в области ухода за тяжелыми и хроническими больными Олафом Скупиным. С тех пор наши контакты и обмен опытом с европейскими коллегами не прекращаются.

Когда в 2001 г. мы первыми в регионе открыли отделение сестринского ухода, к нам стали поступать на долечивание пациенты нескольких больших клиник, расположенных рядом, в том числе НИИ патологии кровообращения имени Е.Н. Мешалкина и Новосибирского НИИ травматологии и ортопедии (НИИТО). Мы нашли свою нишу, вписавшись в логистическую систему этих лечебных учреждений.

Когда пациенты приезжают на лечение, которое подразумевает 2 этапа оперативного вмешательства, то есть 2 операции с определенным перерывом, время между ними пациенты проводили в нашем отделении сестринского ухода. К сожалению, впоследствии из-за смены собственника предприятия наше отделение было расформировано.

И вы не растеряли своих сотрудников, когда стало негде работать?

Нет, команда прекрасных обученных специалистов никуда не делась. Все это время мы продолжали плотно работать с университетами Йены и Фрайбурга, постоянно обмениваясь сотрудниками, — их врачи, получающие дополнительную специализацию в области паллиативной помощи при университете, приезжают к нам и работают в нашей выездной службе, а наши сотрудники работают в немецких домах ухода и отделениях долечивания. В это время идет строительство стационара.

Совместно с немецкими коллегами мы разрабатываем протоколы (или как у нас говорят — методические рекомендации) по лечению паллиативных пациентов, на их основе мы издаем методическую литературу, которая прежде всего востребована в медицинских учебных заведениях. Надо сказать, что сегодня в медицинских вузах в качестве пособий по уходу используют труды, которые впервые издавались еще при Пирогове. Такая ситуация объясняется тем, что наука ухода за больными в России долгие годы не развивалась, в то время как в Европе после Второй мировой войны произошел принципиальный сдвиг в этой области. Там возникло понимание, что можно сделать больному очень дорогую операцию, но это ничего ровным счетом не будет значить, если послеоперационный уход окажется ненадлежащего качества. Деньги страховой компании и усилия хирурга будут просто выброшены на ветер. У нас же, во многом потому, что не было принято говорить об эффективности работы медицины, уходу на всех уровнях придавали второстепенное значение.

Совместно с немецкими коллегами мы разрабатываем протоколы (или как у нас говорят — методические рекомендации) по лечению паллиативных пациентов, на их основе мы издаем методическую литературу, которая прежде всего востребована в медицинских учебных заведениях.

Как сегодня обстоят дела с долечиванием и уходом за тяжелыми хроническими больными? Ведь о необходимости развития паллиативной помощи постоянно говорят все руководители здравоохранения.

Мы пока только в самом начале этого пути, наверное, так можно сказать. Сегодня мы видим остаточные

Ольга Выговская: «Умереть можно от неправильного матраса»

Специалист по уходу за тяжелыми больными и Главный врач Епархиального Дома милосердия Новосибирской митрополии Русской православной церкви Ольга Николаевна Выговская стала интересоваться организацией паллиативной помощи еще в конце 90-х, когда такое слово мало кто слышал. На базе медсанчасти крупного строительного предприятия Сибкакадемстрой в 2001 г. было открыто первое в регионе отделение сестринского ухода, доктор Выговская организовала первую в Новосибирске государственную выездную службу при паллиативном отделении местной больницы. В этом году должно закончиться строительство первого этажа стационара Дома милосердия на 70 коек, который сможет принять самых тяжелых и одиноких больных.



явления прошлого, когда тема мало кого из начальников интересовала. Например, за счет государства делают очень дорогие операции по эндопротезированию, в том числе пожилым пациентам, а послеоперационный уход не обеспечивают. В итоге мы часто видим осложнения в виде пролежней и гнойных ран у таких больных. От ран воспаляется сустав, и результат от операции сводится на нет. Не говоря уже о том, какие моральные издержки несет пациент.

К сожалению, очень сложно менять менталитет людей в медицине — менталитет врачей, в первую оче-

редь. На все есть железный аргумент: «Дед так делал, отец так делал, так 30 лет назад меня учили в институте, поэтому и я так буду делать». Банальный пример — лечение тех же гнойных септических ран и пролежней. Нашим сотрудникам, которые постоянно обучаются и знают, что происходит в этой сфере, бывает очень сложно убедить хирурга в том, что эффективность интерактивных повязок, применяемых в Европе, доказано выше, чем у оперативных вмешательств. И уж тем более, чем у традиционных для отечественной медицины мазевых повязок, которые по европейскому протоколу не допускаются, так как не пропускают воздух к ране. Не хочется даже говорить о том, насколько не соответствует современным представлениям о лечении хронических ран применение марганцовки. Да, поверьте, и ее тоже используют в наших лечебных заведениях.

Не удивительно, что в России такая высокая смертность среди пациентов с пролежнями. Сколько таких смертей на самом деле никто не знает — этой информации нет в открытых источниках. Приходится вести собственную статистику по тем случаям, которые мы видим своими глазами: 90% людей, которые поступали в сестринские отделения и хосписы с пролежневыми осложнениями, поступают не из дома, а из стационаров. Как правило, это пациенты реанимационных отделений после инсультов. Появилась целая практика по «выписыванию» (а точнее — «спысыванию») таких больных из стационаров, когда пролежни становятся критическими. Совсем недавно к нам привезли мужчину 57 лет, который пролежал в реанимации всего 2 недели после инсульта. Его перевели в неврологическое отделение, откуда буквально на следующий день выписали. Медики любезно одели пациента и даже предоставили транспорт, а когда родственники стали его дома раздевать, то не могли поверить глазам — это очень страшно, когда видишь такие раны в первый раз. Мы, врачи, никогда не сможем к этому привыкнуть. В итоге пациент, конечно, оказался у нас, но, к сожалению, поздно: он умер через сутки от полиорганной недостаточности, которая возникла в результате сепсиса, который, в свою очередь, был вызван пролежнями.

Всего за две недели? Получается, что к нему просто никто не притрагивался в реанимации.

Существует распространенный миф, что пролежни образуются в результате очень длительной неподвижности, на самом деле это не так, есть индивидуальные особенности. Более того, спровоцировать процесс образования такого рода ран может неправильно подобранный для конкретного больного противопролежневый матрас. Об этом зачастую не знают не только районные терапевты, которые лечат хронических больных, которые лежат дома, но и персонал в специализированных отделениях больниц. Во-первых, противопролежневые матрасы бывают разных видов и назначения. Некоторые из них можно использовать только для профилактики, другие — только для пациентов с уже развившимися пролежнями. Кроме того, матрасы различаются по весу: есть матрасы, предназначенные для пациентов весом до 80 кг, и такой матрас точно не подходит пациенту весом 120 кг или 150 кг. Если мы положим пациента весом 80 кг на матрас, рассчитанный на большую нагрузку, то он будет лежать как на асфальте. Скорее всего, это и станет главной причиной развития пролежней у такого пациента и в дальнейшем его гибели. В принципе, умереть можно просто от неправильного матраса.

Какие стандарты и технологии используют на Западе, чтобы предотвратить развитие тяжелых последствий длительной обездвиженности тяжелых больных

Уже более 12 лет мы работаем по Европейскому стандарту местного лечения хронических ран TIME (The TIME principles of Wound Bed Preparation), кото-

...спровоцировать процесс образования такого рода ран может неправильно подобранный для конкретного больного противопролежневый матрас.

ИнтерНьюс

В США запретят опудренные перчатки

В США Управление по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов (U.S. Food and Drug Administration, FDA) планирует наложить запрет на использование опудренных хирургических и смотровых перчаток, а также присыпку для хирургических перчаток. Такие перчатки используются все реже — они могут нанести серьезный вред здоровью людей, которые имеют с ними дело, от поставщиков до пациентов.

Джеффри Шурен (Jeffrey Shuren), руководитель подразделения, отвечающего за медицинские устройства и радиационную гигиену (Center for Devices and Radiological Health), говорит, что цель запрета — обеспечить безопасность людей. Пудра применяется для того, чтобы перчатки было легче надевать и снимать. Пудра вредит здоровью несколькими способами: мелкие частицы пудры могут попасть в рану, препятствуя ее заживлению, или вызвать аллергию. Также есть вероятность попадания пудры в дыхательные пути пациента.

МедПортал

Проведена редкая пересадка органов

Специалисты из Стэнфордской больницы (Stanford Hospital) провели редкую трансплантацию органов — пациентке, ожидавшей трансплантации легких, пересадили блок легкие—сердце от умершего донора, а сама она стала донором сердца для еще одной женщины. С 1988 г. подобные операции проведены в Стэнфорде 8 раз. Тэмми Гриффин (Tammy Griffin) и Линда Карр (Linda Carr) стояли в листе ожидания органов в течение 3 лет.

Гриффин страдала муковисцидозом и в последнее время могла дышать лишь с помощью специального оборудования. Ей требовалась пересадка легких, которую можно было осуществить лишь в комплексе с трансплантацией сердца.

Карр, у которой было диагностировано тяжелое заболевание сердца, нуждалась в новом сердце. Врачи приняли решение провести так называемую «домино-трансплантацию», при которой Тэмми Гриффин стала донором сердца для Линды Карр.

Умерший 29-летний донор, сердце и легкие которого пересадили пациентке с муковисцидозом, спас жизнь еще нескольким людям — медики также провели трансплантацию его почек, печени и поджелудочной железы.

Джозеф Ву (Joseph Woo) объясняет, что проведение такой трансплантации требует согласованности действий всех команд хирургов. Несмотря на возможные сложности, операции прошли успешно — их провели еще 1 февраля.

МедПортал

В Израиле научились останавливать кровь жидким металлом

Как сообщает израильское издание The Jerusalem Post, ученые Ариэльского университета научились останавливать кровь с помощью жидкого металла — галлия. Директор центра по борьбе с наркотиками при этом университете и соучредитель некоммерческого научно-исследовательского института Med Insight Моше Рогосницки случайно выяснил, что галлий — металл, который в настоящее время используется, чтобы остановить потерю костной массы у онкологических больных — в жидком виде, может быстро остановить кровотечение из глубоких ран, не вызывая образование тромбов. Обширные исследования показали, что галлий является очень мощным антибактериальным средством и ускоряет заживление ран, нанесенных при помощи холодного оружия. Новый метод еще должен пройти клинические испытания. По словам Моше Рогосницки, новая разработка резко повысит шансы на выживание у жертв террористических атак или пострадавших в результате аварий. «Необходимо как можно скорее внедрить новый метод лечения. Чем быстрее он окажется на рынке, тем быстрее мы начнем оказывать эффективную помощь и спасать жизни. К сожалению, нападениям на израильтян не видно конца, — говорит Рогосницки. — Наша задача заключается в том, чтобы галлий оказался в каждой аптечке и у каждой службы скорой помощи, тем самым повышая шансы жертв на выживание. Для того чтобы двигаться вперед, нам необходимы ресурсы для проведения клинических испытаний».

We Fund the Cure, некоммерческая организация из США, запустила онлайн-кампанию по сбору средств для повышения доступности галлия и начала его скорейшего использования на практике.

STMEGI

Начало на стр. 1

рый предусматривает заживление хронических раневых поражений во влажной среде, что вполне понятно — наша задача позволить клеткам расти как можно в более комфортных для них условиях. За это время мы накопили значительный собственный опыт в лечении пролежней по данной методике и выпустили учебное пособие, грант на это нам выделил фонд «Православная инициатива», а выпуск тиража оплатил Фонд помощи хосписам «Вера». Если же вместо того чтобы создавать влажную среду, мы, напротив, сушим рану, как это практикуется во многих стационарах, мы не даем шанс затянуться ране. При этом надо понимать, что многие наши пациенты не толерантны хирургическому лечению, например, они проходят в это время химиотерапию в связи с онкологическим заболеванием или находятся в состоянии после инсульта. И оказываются по факту вообще без помощи, так как лечить их пролежни терапевтически во многих стационарах просто не умеют. При этом есть строго научные доказательные данные, что заживление по протоколам TIME проходит быстрее у всех пациентов.

К счастью, но без наших усилий этот «лед» тронулся: многие крупные государственные клиники уже заинтересовались этим протоколом, а Многопрофильная клиника имени Н.И. Пирогова уже перешла на лечение пролежней по данной методике официально. Для нас это гигантский прорыв в распространении современных методов ухода за паллиативными пациентами.

Но говоря о распространении, хотя и медленном, новых методов ухода, мы не можем не сказать о том, что помощь нашим пациентам требует большого количества расходников, перевязочных материалов и дополнительных технических средств, практически 100% которых производится за рубежом — в основном в Польше, Германии, Франции и Великобритании. Мы привыкли работать на материалах определенного качества и уже не представляем, как можно было бы иначе добиться тех результатов, которые у нас есть.

Расскажите о вашей образовательной работе, я знаю, что вы устраиваете школы паллиативной помощи и ухода во многих городах России. С кем вы сотрудничаете в Москве?

Мы сотрудничаем с хосписом № 1 имени В.В. Миллионщиковой Департамента здравоохранения города Москвы, так как нас объединяет общая идеология в организации паллиативной помощи. В первую очередь, это близость родственников и контакт пациента с родственниками в любое время и в нужном для пациентов объеме. Кроме того, мы работаем с родственниками и обсуждаем с ними не только чисто медицинские проблемы, но и социальные. Иногда больного нужно на некоторое время забрать в стационар, так как в доме маленькие дети. Надо считаться не только с болезнью, но и с человеком и его окружением. Мы делаем все, чтобы, находясь в хосписе, человек не чувствовал себя во всем ограниченным. Наши больные бывают на улице, они видят солнце и небо, чего большинство лежачих больных в нашей стране лишено. Часто больного укладывают в дальнюю комнату, якобы чтобы ему там было спокойно, на самом деле просто прячут больного от посторонних взглядов из ложного чувства стыда. Конечно, это связано с нашим менталитетом, но с людьми надо работать, надо помогать принимать им правильные решения в критической ситуации.

Словосочетание «паллиативная помощь» в отечественной медицине существует давно, но отношение к нему значительно изменилось в последние годы. По большому счету, раньше, когда речь заходила о том, что кому-то нужен именно такой вид помощи, на практике это означало, что пациента фактически прекращают лечить.

И сегодня паллиативная помощь пока не до конца признана, давайте честно скажем. Поэтому мы с единомышленниками и коллегами добиваемся создания системы специальной подготовки медицинских работников по данной специальности, чтобы были разработаны национальные программы оказания паллиативной помощи. Самое главное, что мы делаем — создаем оптимальное качество жизни уходящему из жизни человеку. Врачи, с которыми мы проводим тренинги, зачастую приходят с установкой, что такое переходное состояние пациента — между жизнью и смертью — это какой-то очень недолгий период. И на самом деле это так: если не оказывать помощь должным образом, долго человек в таком состоянии не продержит. Но если мы умеем поддерживать умирающего больного так, как того требуют лучшие медицинские практики в мире, то надо понимать, что в статусе паллиативного пациент больной иногда может жить годами.

В моей практике есть пример, когда при правильном оказании паллиативной помощи пациентка с нейротравмами, полученными при ДТП, и впоследствии выявленным онкологическим заболеванием получала паллиативную помощь на протяжении 6 лет. Так как опухоль была выявлена у больной, когда она была фактически парализована из-за перелома поясничных позвонков, оперировать ее было невозможно. Тем не менее, эти 6 лет она не только прожила, но и прожила активно, передвигаясь на специальной коляске.

...что помощь нашим пациентам требует большого количества расходников, перевязочных материалов и дополнительных технических средств, практически 100% которых производится за рубежом...

О таких средствах реабилитации часто не знают не только участковые терапевты, к которым чаще всего попадают паллиативные больные после того, как все остальные врачи от них отказываются — о них не знают даже эксперты медико-социальной экспертизы, составляющие индивидуальную программу реабилитации инвалидизированного гражданина (напомним, что техническими средствами реабилитации государство бесплатно обеспечивает только граждан, имеющих инвалидность — МД). Сейчас это обычно выглядит следующим образом. Если больной лежачий не важно по какой причине, то ему выдается противопролежневый матрас — тот, который есть на данный момент на складе — и инвалидная коляска, часто не учитывающая самых элементарных индивидуальных особенностей больного.

Иногда я захожу к пациентам и вижу, что полкомнаты заставлено тем, что выдали, но того, что действительно необходимо, нет. И родственников тяжелобольных людей, которые выбивают и получают все это ненужное и зачастую дорогое оборудование, можно понять: они не знают, как помочь близкому человеку и делают, как им кажется, хоть что-то. Им просто негде получить консультацию по уходу.

У нас так: человек сломал ногу, наложили ему лангету, и никто не скажет, какие ему нужны костыли — локтевые или подмышечные, как их нужно регулировать. Человек «выплывает» сам, как может. А ведь это банальная вещь, каждый травматолог этим владеет, тем не менее я не встречала пациентов, прошедших адекватный инструктаж на этот счет. Очень часто мы встречаем парез конечностей у людей, которые неправильно пользовались подмышечными костылями. Это не что иное как осложнение лечения, которые врачи сплошь и рядом пропускают.

Какие еще типичные ошибки в организации ухода и паллиативной помощи?

Если говорить о медицинских работниках, среднем и младшем персонале стационаров, то они часто не слышали о том, что есть правила «правильной организации пространства больного». Это создание вокруг человека такого пространства, в котором ему легко, удобно, защищено и комфортно. У нас кровати в палатах ставят так, чтобы было удобно медперсоналу, например, лицом к двери, тем не менее, очевидно, что комфортнее лежать лицом к окну. Буквально сегодня у нас был спор с коллегами о том, хорошо ли ставить видеокамеры в палатах. Это очень спорный вопрос не только потому, что пациент может быть против такого рода съемок, но и потому, что камера создает иллюзию контроля у медицинского персонала. Лишний раз сестра не зайдет в палату, а где же наш контакт с пациентом, а где же наше милосердие?

Недавно в Швеции прошло исследование: один врач должен был заходить к пациентам в своем отделении на 20 минут каждый день и разговаривать, стоя у спинки кровати, другой врач должен был подходить к ним же на 10 минут, но вести беседу сидя на краю кровати. После опроса пациентов оказалось, что второй врач им запомнился как более внимательный, разговаривавший с ними дольше и подробнее. Это очень важные навыки, которые должны знать все врачи и средний медицинский персонал, имеющий дело с лежачими больными.

Паллиативная помощь в том виде, в каком она существует в западных странах, всегда подразумевает и социальную составляющую, помощь родственникам больного, семье в целом.

Это один из наших приоритетов. Мы создали школу для родственников, где учим их общаться со своим больным. Часто люди, долгое время ухаживающие за тяжелыми больными, впадают в крайности, например, начинают все делать за больного. На самом деле, это не правильно — больного человека, которому ничего не хочется, надо мотивировать, находить посылы для него занятия. Наша практика показывает, что истощение — моральное и физическое — родственников приводит к тому, что они часто уходят из жизни быстрее, чем тот человек, за которым они ухаживают. Это очень тяжелая ситуация, которую можно и нужно не допустить. Мы рассматриваем помощь родственникам как одно из приоритетных направлений нашей работы, ведь их всегда видно — это бледные, изможденные, часто эмоционально неустойчивые люди. Поэтому так важно обеспечить общение таких людей друг с другом, дать им площадку, на которой они перестают быть один на один со своим горем. На базе нашей школы уже много лет действует своего рода клуб родственников неизлечимо больных пациентов, многие из которых остаются с нами и, когда их близкий человек уходит из жизни, помогают другим.

У нас работает учебно-консультативный центр, где мы обучаем работе с паллиативными больными медицинских сестер, районных врачей и социальных работников Новосибирска и Новосибирской области. Много мы ездим по России, недавно мы проводили занятия и читали лекции в Екатеринбурге, Челябинске, Омске, Красноярске, Чите, Иркутске, Иванове, Нижнем Новгороде. В этом году Ассоциация хосписной помощи запустили в Москве курс по уходу за тяжелобольными людьми.

Беседовала
Галина Паперная

Конференция

«Телемедицина в Польше и в мире»

В столице Польши Варшаве 18 марта состоялась третья итоговая конференция, организованная журналом Journal of Health Policy & Outcomes Research «Телемедицина в Польше и в мире». На конференции обсуждались различные вопросы от регистров пациентов, юридических сложностей телемедицинских услуг, проблем безопасности, оплаты дистанционно оказываемых услуг до представления различных телемедицинских проектов.

Открыла конференцию Карина Янц Ружик. Первым выступлением была запись доклада представителя американской телемедицинской ассоциации о перспективах телемедицины в США. После него выступал профессор Павел Воробьев с докладом о проблемах и перспективах использования ИТ технологий в российской системе здравоохранения. Далее было выступление представителя Немецкой телемедицинской ассоциации, который сообщил, что в Германии телемедицина не имеет юридического статуса, кроме как в виде отдельных научных проектов. Доклад об информационной системе в одном из медицинских центров в Украине не показался обобщающим для страны.

О технических аспектах применения ИТ технологий в медицине подробно рассказал Михаил Воробьев. Вопросы регистрации девайсов для смартфонов, охраны персональных данных, взаимодействие между отдельными системами — эти вопросы ответов пока не имеют.

На конференции было представлено несколько проектов. Проект MeDiCase по дистанционной диагностике в отдаленных регионах был представлен Андреем Воробьевым. Промонстрированный ролик про отдаленные территории России и наши поиски справедливого здравоохранения вызвал аплодисменты. Далее были представлены проекты по использованию телерадиологии в дифференциальной диагностике распространенных, сложных и редких заболеваний тематическом исследовании идеопатического легочного фиброза. Польское клиническое исследование эффективности телемедицины в области психиатрии, Робин Херт — роботизированный хирург для телехирургии, гибридная теле-реабилитация пациентов с сердечной недостаточностью, телемедицина в отоларингологии, дерматоскопия и видеодерматоскопия как пример использования телемедицины в дерматологии. Заключал сессию демонстрационный доклад Любови Красновой про фотофиксацию и телемедицинское консультирование в дифференциальной диагностике пролежней и контактного дерматита.

Бурное обсуждение многих докладов отложило завершение конференции на полтора часа. Все покидали зал уставшими и полными новой информацией, требующей осмысления.



Наша делегация на польском форуме



Михаил Воробьев

Вывод можно сделать следующий: телемедицина в мире очень активно развивается. Значительно больше доверия появилось в последнее время к технике, за счет чего появляется множество самых смелых телемедицинских проектов, но нормативно-правовая база ограничивает телемедицинские услуги по всему миру. Все страны активно обсуждают, какие изменения необходимы для легализации и тарификации телемедицинских услуг.

Андрей Воробьев

ИнтерНьюс

ВОЗ обеспокоена угрозой вспышки полиомиелита на Украине

Как заявили в ВОЗ, Украина может стать единственной страной, не имеющей защиты от полиомиелита из-за задержки в лицензировании новой вакцины. В стране, которой угрожает вспышка заболевания, с 1 апреля будет изыматься старая вакцина, поскольку ее применение прекращается в рамках глобального перехода на бивалентную вакцину.

Руководитель программы ВОЗ по ликвидации полиомиелита на Украине Деннис Кинг отметил, что вирус в стране продолжает циркулировать и это создает опасность для соседних стран. Производитель вакцины — французская фармкомпания Sanofi Pasteur подала заявку на регистрацию вакцины в начале февраля. По словам ее представителя Джоэла Калмета, в стране очень сильное движение против вакцинации и это мешает регуляторным органам. В сентябре прошлого года на Украине полиомиелитом заболели двое детей. В ВОЗ полагают, что еще сотни могут быть инфицированы.

Замминистра здравоохранения Украины Игорь Перегинец призвал общество не распространять необъективные слухи относительно качества вакцины и о том, что вакцинация не нужна.

Фармвестник

3D таблетки поступили в продажу

Первый напечатанный на 3D-принтере препарат Spritam, разработанный фармацевтической компанией Argesia Pharmaceuticals, начал продаваться в США. Препарат предназначен для лечения эпилепсии у взрослых и детей. Благодаря технологии 3D-печати ZipDose, разработанной Массачусетским техническим институтом, таблетки удалось сделать пористыми, что позволяет им растворяться во рту с небольшим количеством жидкости. Это особенно важно для эпилептиков, у которых есть проблемы с функцией глотания, а также для людей, ухаживающих за больными детьми, которым иногда проблематично дать обычную таблетку. Кроме Spritam, в Argesia планируют производство и других препаратов с помощью технологии ZipDose, в т.ч. для лечения заболеваний ЦНС, включая шизофрению и болезнь Паркинсона.

По словам исполнительного директора Argesia Дона Уэзерхолда, в дальнейшем компания не исключает возможности производства препаратов с пролонгированным действием.

Фармвестник

ПРОТОКОЛЫ МГНОТ

ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ ТЕРАПИИ МГНОТ 8 июня 2015 г.

Председатель: профессор Воробьев П.А.

Секретарь: Зыкова А.Б.

Доклад: И. Дыдыкина Ирина Степановна, д.м.н., ИР РАН им. В.А. Насоновой, Москва

«Диагностика и лечение остеоартроза в практике терапевта»

Проблемы заболевания опорно-двигательного аппарата, костей и суставов, соединительной ткани традиционно занимает 3 место причин инвалидизации в РФ. Остеоартрит — это хроническое прогрессирующее невоспалительное заболевание суставов неизвестной этиологии, характеризующееся дегенерацией суставного хряща и структурными изменениями субхондральной кости, а также явно или скрыто протекающим умеренно выраженным синовитом. Это гетерогенное заболевание. При этом заболевании вовлекаются в патологический процесс все структуры, образующие сустав. Патологическими воздействиями обладают лептин, провоспалительные цитокины, специфический компонент фибронектин, который образуется в результате травматических повреждений. Раздражение хондроцита сопровождается запуском каскада патологических реакций. Остеоартрит помолодел: 100 лет назад данный диагноз устанавливался у пациентов в возрасте 70 лет и старше, сегодня подавляющее количество пациентов в возрасте до 50 лет.

Остеоартрит рассматривается как заболевание с высоким индексом коморбидности. Пациенты, страдающие остеоартрозом, могут иметь от 3 до 6 болезней, среди которых кардиоваскулярные, эндокринные, бронхолегочные заболевания. Коморбидность усугубляет течение остеоартроза, а он способствует ухудшению соматического состояния пациентов.

Лечение остеоартроза осуществляется фармакологическими и нефармакологическими методами. К первым относятся селективные НПВС (включая коксибы), безрецеп-

турные нестероидные НПВС/топические НПВС. К нефармакологическим — ЛФК, снижение веса, обучающие программы, физиотерапия, использование трости. Если данные методы не помогают, то используется хирургическое лечение, опиоиды.

Главный симптом остеоартроза — это боль. В соответствии с рекомендациями 2012 года последовательно назначаются болеутоляющие, начиная с парацетамола, локальных средств уменьшения боли, присоединяя, по мере необходимости, пероральные или, заменяя, парацетамол на местные, пероральные, парентеральные НПВП. Не помогает, присоединяем дулокситин, центральные анальгетики. Хондропротективная терапия рассматривается как альтернатива НПВП. Это такие препараты, как хондротин сульфат, глюкозамин сульфат, диациреин, авокадо/соя, гиалуроновая кислота, реланел стронция.

Было выполнено многоцентровое исследование в 2004—2005 гг. Пациентам назначалась артра в комбинации с диклофенаком и монотерапией диклофенаком. По результатам исследования было показано, что скованность, функциональное состояние, боль у пациентов, принимающих артру в комбинации с диклофенаком, лучше по сравнению с приемом диклофенака. В 2011 г. было проведено исследование с участием 8 тысяч пациентов с болью в спине. Принимался препарат артра. В результате анализ показал, что боль в покое, при движении уменьшилась, улучшилась функция и сократилась потребность в НПВП. Данный препарат может быть рекомендован пациентам с остеоартрозом, с артрозом межпозвоночных сочленений, для профилактики и лечения болевого синдрома и рассматривается как альтернатива НПВП.

Вопрос: Есть ли особенность при лечении боли в стопе?

Ответ: Особенность есть, все зависит от того, чем обусловлена боль, потому что если боль в результате пяточной шпоры — это один способ лечения, если Вы имеете в виду не фаланговые суставы, то они при остеоартрозе вовлекаются в патологический процесс вследствие образования Hallux Valgus, а профилактика Hallux Valgus является способом лечения ортопедической обувью, в которой как минимум 3 возвышения, межпальцевыми гелевыми прокладками, болеутоляющими препаратами.

Продолжение на стр. 4

Кардиостимулятор без проводов

Разработанный компанией EBR Systems с помощью фирмы Cambridge Consultants первый в мире «умный» беспроводной кардиостимулятор Wise получил разрешение на использование в медицинских целях на территории ЕС.

Wise — это единственная на сегодняшний день беспроводная система эндокардиальной стимуляции для кардиоресинхронизирующей терапии, он повышает эффективность работы сердца за счет синхронизации левого и правого желудочков. Обычные устройства, используемые для кардиоресинхронизации, используют проводные электроды для импульсной стимуляции левого желудочка. Но эти электроды иногда выходят из строя, что в 5—10% случаях ведет к серьезным осложнениям. Кроме того, примерно 30% пациентов не могут использовать обычные крт-устройства, в основном это связано с ограничениями места, где должны помещаться электроды, из-за анатомии венозной системы.

Система Wise состоит из крошечного электрода, имплантированного в левый желудочек. С каждым ударом сердца он получает синхронный ультразвуковой сигнал из небольшого передатчика, помещенного между двумя ребрами. Звуковой сигнал преобразуется в электрическую энергию, обеспечивая работу кардиостимулятора. Эта технология исключает необходимость подводить к левому желудочку провод и позволяет точно выбрать оптимальное место стимуляции с учетом особенностей анатомии пациента.

В тестовых испытаниях в США участвовали 35 пациентов, которым не удалось имплантировать стандартные крт-устройства. С помощью новой технологии им всем, кроме одного пациента, удалось установить кардиостимулятор. Согласно предварительным результатам, 26 пациентов успешно прошли проверку по истечении 6 месяцев использования устройства с 81%-улучшением клинических показателей, у остальных участников проекта полугодовой срок пока не закончился.

Business weekly

ИнтерНьюс

Сахар обложат налогом

Правительство Великобритании планирует ввести налог на сахар, содержащийся в безалкогольных напитках. Об этом заявил министр финансов Джордж Осборн на заседании правительства по бюджету. Спор о напитках с высоким содержанием сахара идет в Великобритании уже не первый год. В 2014 г. инициативная группа «Действие против сахара» обращалась к правительству страны с призывом ввести налог на сахар с целью борьбы с детским ожирением. По данным медиков, 20% детей в Соединенном Королевстве страдают от ожирения.

Комментируя решение Минфина, глава национальной службы здравоохранения страны Саймон Стивенс сказал, что эта мера поможет исправить ситуацию. «Ребенок не нуждается в ежедневной дозе сахарной шипучки, но, несмотря на это, такие напитки стали для наших детей основным источником лишнего сахара, приводящего к диабету и повреждению зубов. Так как дети из малообеспеченных семей страдают от ожирения вдвое чаще детей из более благополучных семей, эти меры помогут сократить социальное неравенство в области детской медицины», — сказал он.

Как ожидают в правительстве, государство получит после этого около 530 млн фунтов. Налог будет прогрессивным: сумма вы плат будет зависеть от уровня содержания сахара в напитках.

Интерфакс

Трамп предложил отменить полисы ОМС в США

Кандидат в президенты США от республиканской партии Дональд Трамп опубликовал свои предложения по реформированию американской системы здравоохранения. В частности, он предлагает отменить закон об обязательном медицинском страховании (так называемый «обамакэйр») и снизить бюрократические барьеры для импорта рецептурных препаратов.

Кроме того, Трамп предложил ввести систему специальных счетов — health savings accounts (hsa), — на которых будут храниться средства, предназначенные для оплаты медицинских услуг. Деньги на эти счета американцы смогут перечислять самостоятельно, они будут освобождены от налогов. Эти счета политик предложил передавать наследникам также без каких-либо налоговых вычетов.

Что касается стоимости лекарственных препаратов, Дональд Трамп призывает бороться с завышенными ценами на лекарства путем снижения бюрократических барьеров для доступа на рынок более дешевых импортных препаратов. «Доступ к импортным, безопасным и надежным препаратам принесет больше возможностей для потребителей», — заявил политик. — Конгрессу потребуется мужество, чтобы отойти от особых интересов и сделать то, что правильно для Америки».

Трамп призвал к ужесточению соблюдения иммиграционных законов, что поможет значительно снизить расходы страны на здравоохранение. «Медицинская помощь для нелегальных мигрантов обходится нам примерно в \$11 млрд в год. Если бы мы просто следили за соблюдением действующего законодательства об иммиграции и ограничили безудержную выдачу виз в эту страну, мы могли бы облегчить бремя расходов на здравоохранение для властей штатов и местных органов власти», — говорится в заявлении. Предложения Трампа также включают требование «прозрачных цен» на медицинские услуги и реформирование программ по оказанию психиатрической помощи и соответствующих медучреждений.

Демократы тут же раскритиковали план Дональда Трампа, заявив, что он «явно списан с шаблонов и ложных тезисов республиканцев». «Это доказывает, что Трамп просто еще один республиканский политик, который хочет лишить медпомощи миллионы американцев, не предлагая какой-либо существенной альтернативы», — говорится в заявлении национального комитета демократической партии.

«Обамакэйр» — закон о доступном медицинском обслуживании (affordable care act), вступивший в силу в 2010 году и сделавший обязательной покупку медполиса для всех американцев.

Вадемекум

Начало на стр. 3 ↗

Вопрос: Вы рассказывали про физиотерапию, ЛФК, но Печатников отменил физиотерапию с ЛФК, то есть эти большие лечиться теперь не будут в Москве?

Ответ: Дорого, очень дорого. Да, именно так все и выглядит. Объясняется это тем, что доказательная база данных методов очень низкая.

2. Тарасов Алексей Владимирович, к.м.н., ГНИЦ ПМ МЗ РФ

«Эффективность и безопасность лечения фибрилляции предсердий»

Фибрилляция предсердий — это наиболее распространенная наджелудочковая тахикардия. Существует пять основных целей лечения больных с фибрилляцией предсердий. Это профилактика тромбоэмболий, медикаментозная или электрическая кардиоверсия, оптимальное лечение сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваний, противорецидивная терапия (медикаментозная или немедикаментозная — РЧА), контроль частоты сердечных сокращений. Эти цели не являются взаимоисключающими, поскольку начальная стратегия лечения может отличаться от отдаленной цели ведения пациента.

В России зарегистрированы следующие оральные коагулянты для профилактики эмболий: варфарин, дабигатран, ривароксабан, апиксабан.

Если больной с клапанной фибрилляцией предсердий, мы обсуждаем только варфарин. Если больной с неклапанной фибрилляцией предсердий, включая женщин до 65 лет и без факторов риска, то мы ничего не назначаем. Если у пациента имеется хотя бы один фактор риска, то необходимо назначать оральные коагулянты. Лечение пароксизмальной формы фибрилляций предсердий осуществляется электрической кардиоверсией. Если у пациента стабильная гемодинамика, ФП до 48 часов, то проводится медикаментозная кардиоверсия или плановая электрическая кардиоверсия. Если больше 48 часов, то необходимо пациента подготовить. Здесь возникают проблемы. Риск тромбоэмболий после электрической кардиоверсии у больных с ФП — 5—7% при условии более 48 часов. При адекватной антикоагулянтной терапии до и после кардиоверсии, риск тромбоэмболии снижается больше 1%. Если пациент с ФП длительностью более 48 часов или неизвестной давностью, в течение по меньшей мере 3 недель до кардиоверсии следует назначать оральные антикоагулянты, это варфарин с целевым значением МНО 2—3. Делаем кардиоверсию, и в течение 4 недель после кардиоверсии необходим непрерывный прием пероральных антикоагулянтов.

Выбор тактики лечения фибрилляции предсердий зависит от аритмии структурно нормального сердца и аритмии у больных с органической патологией сердца. Если больной без органической патологии сердца, то рассматриваем пропafenон и соталол. Амiodарон рассматривается вторым, третьим этапом, но никак не первым. Если у пациента есть органическая патология, если это ишемическая болезнь сердца, в данном случае назначаются β-блокаторы, соталол. При их неэффективности — амиодарон. При ХСН применяются β-блокаторы и амиодарон.

ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ ТЕРАПИИ МГНОТ 26 января 2015 г.

Председатель: профессор Воробьев П.А.

Секретарь: Зыкова А.Б.

Доклад: 1. Калужин Олег Витальевич, д.м.н., профессор кафедры клинической иммунологии и аллергологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва

«Ведение пациентов с острыми и рецидивирующими респираторными инфекциями. Взгляд иммунолога»

Грипп и ОРВИ являются полиэтиологическими заболеваниями, социальная значимость которых обусловливается широтой распространения среди всех групп населения. На этом фоне увеличивается частота обострений хронических легочных заболеваний. Вирусы также являются триггерами вторичной бактериальной инфекции. Пять и более эпизодов возникновения респираторных вирусных инфекций в год у взрослого человека являются клиническим признаком наличия вторичного иммунодефицита. Наиболее социально значимой вирусной инфекцией является грипп. В отличие от большинства возбудителей гриппа, осложнением которых является развитие бактериальных осложнений, вирус «свиного» гриппа сам является возбудителем интерстициальной пневмонии. Невозможно заниматься эффективной специфической профилактикой, так как неизвестно, чем мы заболеем в этом году. Можно эффективно проводить этиотропную терапию.

Этиотропных препаратов крайне мало, это ингибиторы нейраминидазы, осельтамивир или реленза. К сожалению, уже и к этим препаратам появились резистентные штаммы. Широко известный и активно рекламируемый ремантадин, как и все производные ремантана, в ближайший год будет совершенно бесполезен в отношении всех штаммов. Более того, продолжая назначать его, мы оказываем селекционное давление на вирусы гриппа, укрепляя их резистентность. В отношении негриппозных вирусов нет практически ничего. В значительной части случаев выявить конкретного возбудителя не представляется возможным. Специфических клинических проявлений вирусных инфекций не существует. При этом высока частота микст-инфекций. Моноин-

фекции встречаются менее чем в четверти случаев. Причиной ухода вирусов гриппа из-под действия адаптивного иммунитета и недостаточной эффективности вакцин является их высокая антигенная изменчивость. Необходимо стимулировать собственные защитные механизмы организма в лечении и неспецифической профилактике вирусных заболеваний, искать универсальные патогенетические средства. Неблагоприятным для организма является как недостаточный, так и избыточный иммунный ответ.

Центральным звеном вирусной защиты организма являются интерфероны, преимущественно 1-го и 3-го типов. В процессе эволюции вирусы «научились» снижать выработку интерферонов и блокировать индуцированные ими сигналы. В последнее время стало известно, что избыточное введение экзогенных интерферонов повышает риск развития вторичной бактериальной инфекции. Коррекция вирусиндуцированных дефектов интерферонов I типа может осуществляться при помощи препаратов рекомбинантного интерферона-альфа только для экстренной профилактики и на начальных фазах острой вирусной инфекции. В группе индукторов интерферонов препарат тилорон является первым пероральным низкомолекулярным индуктором интерферонов и имеет наибольшую доказательную базу. В условиях развития клинических проявлений препарат ведет себя как корректор или даже супрессор интерферонов, что вызывает снижение выраженности воспалительных реакций при ОРВИ, а также частоты и тяжести бронхолегочных осложнений. Наряду с этим, одной из наиболее изученных и эффективных групп иммунотропных препаратов являются бактериальные лизаты. В выборе препарата важны оптимальный механизм производства и лекарственная форма. Существенным преимуществом в отношении верхних дыхательных путей обладает сублингвальная форма. Примером такого препарата является исмиген.

После доклада прозвучал вопрос про сравнительную эффективность вакцин.

К.О.В.: Приблизительно одинаковая и составляет порядка 50% в отношении гриппа без воздействия на прочие вирусные инфекции. Доказательная база говорит, что проводить вакцинацию стоит, особенно астматикам. У детей в возрасте до 5 лет протективный эффект достигает 80%.

П.А.В.: Мое мнение здесь всем известно: вакцина от гриппа как не помогала никому, так и не помогает. Особенно если говорить о доказательной базе в России, когда 70% вакцин сливается в унитаз, а заболеваемость снижается в 3 раза.

Далее из зала прозвучал вопрос об эффективности превентивной антибиотикотерапии. По мнению К.О.В., только незначительный процент (до 10—15% во взрослой практике) бактериальных осложнений требует применения антибиотиков. При этом раннее назначение антибиотиков в очередной раз создает излишний эффект селекционного давления.

П.А.В.: Хотелось бы напомнить, что вирусы вызывают не воспаление, а специфическое поражение ткани легких. Это называется скорее пневмонитом, а не пневмонией. При этом происходит деструкция альвеолярной выстилки, и только на этом фоне вторично развивается бактериальная инфекция. И только после этого имеет смысл назначать антибиотики.

В ответ на вопрос о целесообразности и безопасности применения бактериальных лизатов в острую фазу заболевания К.О.В. высказался неоднозначно, сказав, что это по крайней мере не навредит, и определенная логика в таком назначении есть. При этом наличие каких-либо серьезных доказанных эффектов у таких препаратов, как ингавирин и кагоцел на данный момент нет. Павел Андреевич Воробьев сообщил о том, что испытания арбидола проводились в Китае и США, но публикаций на эту тему практически нет, а в России все остается на стадии обещаний.

2. Зайцев Андрей Алексеевич, д.м.н., профессор, главный пульмонолог МО РФ, Москва

«Новые возможности в терапии пациентов с обострением ХОБЛ»

Профессор начал свое выступление с поддержки позиции вредности профилактического назначения антибиотиков при респираторных вирусных инфекциях. Как правило, в индивидуальной практике положительный эффект может наблюдаться у фактически недообследованных пациентов с риносинуситами и другими воспалительными заболеваниями. Реально же лучший эффект имеют такие простые меры, как полоскание горла, ежедневное мытье тела и правильная чистка зубов. По последним данным, хороший эффект имеет обмазывание носа мупироциновой мазью. ХОБЛ в мире страдает более 210 млн. человек. Рост частоты обострений ХОБЛ ассоциируется с повышенной смертностью. Также частые обострения коррелируют с большей степенью снижения ОФВ1.

Число летальных исходов у больных с хроническим бронхитом приближается к таковому при пневмонии и гриппе. Сам термин «обострение» подразумевает изменение течения заболевания и его симптомов, требующее коррекции терапии. Наличие трех и более обострений в течение года в значительной степени повышают вероятность скорого летального исхода. К препаратам, применение которых предупреждает обострения ХОБЛ, относят: бронхолитики длительного действия, ингаляционные глюкокортикостероиды (в том числе — в комбинации с длительнодействующими бронходилататорами), ингибитор фосфодиэстеразы-4 (рофлумиласт), карбицистеин, N-ацетилцистеин, антибактериальная терапия и бактериальные лизаты. Выбор группы препаратов следует осуществлять в зависимости от фенотипа заболевания, характеризующегося частотой обострений. Следует

Продолжение на стр. 5 ↗

Начало на стр. 3, 4

также понимать, что зачастую у больных ХОБЛ имеет место не столько инфекция, сколько колонизация трахеобронхиального дерева. При наличии колонизации предпочтительно профилактическое использование бактериальных лизатов, что существенно снижает частоту развития обострений.

Поливалентные бактериофаги не доказали свою эффективность в клинической практике. В единичных случаях встречались положительные эффекты.

П.А.В.: Вопрос антибиотикорезистентности не столь очевиден, как кажется. К примеру, пенициллин как работал, так и работает. Напомню, что у огромного количества больных с тяжелым сепсисом, которые не идут на антибиотиках драматически помогает плазмаферез. И у меня есть несколько таких наблюдений. В общем, это целая тема для дальнейшей дискуссии.

ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ ТЕРАПИИ МГНОТ 16 марта 2015 г.

Председатели: профессора Воробьев П.А., Зайцев А.А.

Секретарь: Зыкова А.Б.

Доклад: *И. Минушкина Л.О., профессор кафедры терапии, кардиологии и ФД УНМЦ УД ПРФ*

«Лечение артериальной гипертензии: роль диуретиков»

Артериальная гипертензия — это самая частая болезнь и, несмотря на все приложенные усилия чтобы вылечить и стабилизировать артериальное давление, далеко не всегда это удается. Процент больных, которые хорошо удерживают давление в нужных рамках, остается не таким большим. Это цифра отличается в разных странах. Очень большой процент оказался на американском континенте. Это объясняется тем, что в американских рекомендациях достаточно давно на первом месте, среди тех препаратов, которые назначаются при АГ, стоят диуретики. При всей разности подходов большинство рекомендаций называют эти лекарства препаратами, которые способны стабилизировать течение резистентной гипертензии, они хороши в комбинированной терапии, усиливают действие многих других групп препаратов. В последних европейских рекомендациях по АГ прописаны целевые цифры АД. Это 140/90 мм рт. ст. почти для всех больных; 140/85 мм рт. ст. для пациентов с сахарным диабетом типа 2; 140-150 мм рт. ст. для больных старше 80 лет. Цели лечения АГ отличаются в зависимости от того, какая существует патология. Очень тяжелая группа больных — это пациенты с хронической болезнью почек. У них сложнее всего добиться стабилизации давления, которая в наименьшем проценте случаев контролирует хорошо артериальную гипертензию. У данной группы правильная комбинация, сочетание лекарств является наиболее важным.

Существуют основные группы гипотензивных препаратов. Это тиазидные диуретики, антагонисты кальция, ингибиторы АПФ, блокаторы ангиотензиновых рецепторов, β-блокаторы. Эти группы могут быть использованы в виде монотерапии и в комбинации. Все основные классы приблизительно одинаковы по своей антигипертензивной эффективности с какими-то индивидуальными различиями. Но доказательная база и оценка эффективности для всех групп, из которых мы должны выбрать, приблизительно одинаковы. Основываясь на особенностях, мы должны выбрать конкретному пациенту конкретное лекарство или рациональную комбинацию. Чаще всего речь идет о подборе, исходя из сопутствующей патологии. Например, пациент с АГ и хроническими заболеваниями почек. Обоснованно, что на первом месте должны стоять блокаторы ренин-ангиотензиновой системы и дополнительная терапия в виде тиазидных диуретиков. При отеком синдроме назначаются петлевые диуретики. Больные с АГ и хронической болезнью почек очень часто имеют особый циркадный ритм, повышенное давление в ночное время, поэтому эта группа считается самой тяжелой. Есть разные типы циркадного ритма АД. В норме давление в ночное время должно снижаться на 10–20%, если нет данного снижения, то такие пациенты называются «Non-dippers». Диуретики являются единственной группой препаратов, которая способна полноценно нормализовать циркадный ритм у больных с тяжелой ночной гипертензией. Диуретик должен быть специфический, длительного действия. Есть несколько классов, которые используются для лечения гипертензии: тиазидные (препарат гипотиазид); тиазидоподобные (индапамид, хлорталидон); петлевые; калийсберегающие; блокаторы минералокортикоидных рецепторов.

В Британских рекомендациях 2011 г. написано, что из всех диуретиков, если они необходимы в терапии как компонент комбинации, лучше предпочесть хлорталидон и индапамид. Фармакокинетика говорит нам, что гипотиазид — это 6–8 часов период полувыведения, достаточно короткое действие. Индапамид — это препарат более длительного действия, период полувыведения составляет 16–18 часов, у него более предсказуемая кинетика, менее зависим от приема с пищей. Это диуретик с лучшей эффективностью и переносимостью.

Профессор П.А.Воробьев: Я вынужден не согласиться в отношении почечной недостаточности и диуретиков. Дело в том, что почечная недостаточность начинается канальцевой дисфункцией. Петлевые диуретики при почечной недостаточности не работают.

Ответ: Это если говорить об остром почечном повреждении, а при хронической болезни почек петлевые диуретики работают.

Доклад: *2. Синопальников А.И., профессор, заведующий кафедрой пульмонологии Государственного института усовершенствования врачей МО РФ, вице-президент Межрегиональной ассоциации по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии (МАКМАХ), Москва*

«Острые заболевания нижних дыхательных путей. Роль муколитической терапии»

Сегодня, говоря в целом о мукоактивных лекарственных средствах, мы оперируем более точными терминами, это муколитики; мукоурегуляторы; экспекторанты; мукокинетики.

Прототипом всех препаратов, относящихся к муколитикам, является N-ацетилцистеин. Он разрывает дисульфидные «мостики», связывающие полимеры муцина, обладает антиоксидантным и противовоспалительным эффектами. Муколитики — это и N-ацистелин, который увеличивает секрецию хлоридов; эрдостеин, моделирующий продукцию мокроты и оптимизирующий мукоцилиарный транспорт; дорназа-альфа, это особый препарат, который направлен на узкую и проблемную группу пациентов с кистозом, фиброзом и муковисцидозом; гелъзолин, тимозин v4, декстран, гепарин — данные препараты способны разрывать соответствующие связи, в которых формирует полимер вязкостную мокроту.

На сегодняшний день экспекторанты в чистом виде практически не используются. Хорошо известен отхаркивающий эффект или усиливающий эффект мокроты у гипертонического раствора. Гуайфенезин — это препарат растительного происхождения, стимулирующий секрецию и уменьшающий вязкость мокроты.

Мукоурегуляторы — это такие препараты, как карбоцистеин, являются прототипом мукоурегуляторных препаратов. Он влияет на метаболизм слизеобразующих клеток, обладает антиоксидантным и противовоспалительным эффектами, моделирует продукцию мокроты. Холинолитики — это препараты, уменьшающие эндобронхиальное воспаление и продукцию муцина. Это же относится и к глюкокортикоидам.

Мукокинетики, препараты, которые за счет увеличения частоты биения ресничек мерцательного эпителия способствуют улучшению эвакуации бронхиального секрета. Это сурфактанты; амброксол, который не прямо, но косвенно стимулирует продукцию сурфактанта и ингибирует нейронные каналы.

Было проведено рандомизированное исследование BRONCUS. Первые его данные были опубликованы в 2005 г. В исследование включались больные с обструктивной болезнью легких, в возрасте 40–70 лет, с двумя и больше обострений в год за последние 2 года, постбронходилатационный характеризовался интервалом от 40 до 70%, обратимость в пробе с 400 мг салбутамола — менее 12%. Пациентами были актуальные или бывшие курильщики. Все пациенты (n = 523) в качестве базовой терапии получали иГКС в комбинации с агонистами длительного действия, 256 пациентов дополнительно получали N-ацетилцистеин, 267 — его имитацию. Цель исследования заключалась в уменьшении падения через противовоспалительный эффект N-ацетилцистеина. Такого не удалось достичь, то есть назначение N-ацетилцистеина не повлияло на динамику у данной категории больных. Но исследование показало, что у больных с умеренно тяжелым и тяжелым ХОБЛ происходит значимое снижение остаточного объема и функциональной остаточной емкости легких. Назначение N-ацетилцистеина способствовало снижению частоты обострений ХОБЛ на 22%, но этот эффект был достигнут в той группе больных, которые не принимали иГКС.

В 2013 году было проведено исследование, где N-ацетилцистеин назначается в большей дозе (1200 мг в сутки). Оно показало, что частота обострений в том числе у лиц, принимающих иГКС, независимо от статуса курения, снижается на 75%.

Резюмируя многочисленные эффекты N-ацетилцистеина, замечаем, что препарат не способствует замедлению прогрессирования болезни, но улучшает легочную механику, качество жизни, предотвращает обострения.

Вопрос: Какова кратность приема в сутки N-ацетилцистеина?

Ответ: Что касается высокодозных режимов, то достаточно 1 приема в сутки, 1200 или 600 мг. Если пациент не переносит обострение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, то ничего не должно быть.

ПЛЕНАРНОЕ ЗАСЕДАНИЕ МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ от 23.12.2015 г.

Председатель: профессор Воробьев П.А.

Секретарь: Зыкова А.Б.

Доклад: профессор Власов В.В.

«Боткинские чтения. Научные доказательства в медицине и общественное согласие»

Доказательная медицина — это сознательное и последовательное применение в клинической практике только тех вмешательств, полезность которых доказана только в хороших исследованиях. В Петербурге, где я учился, имя Боткина категорически связывается с Боткинской больницей. Боткин был председателем наблюдательного совета за инфекционной больницей, которая была больницей барачного типа. При жизни Боткина в Военно-медицинской академии построили инфекционную клинику, она была павильонного

ИнтерНьюс

Израильский профессор избрал новую технологию диагностики рака

«Именно потому, что я не врач, у меня получилось сделать такое уникальное открытие; это недорогая и бесконтактная система диагностики заболеваний, основанная на анализе дыхания», — рассказал ученый.

Профессор Хоссам Хаик из Израильского технологического института Технион получил в Германии Премию Гумбольдта. Его наградили за разработку устройства для диагностики и наблюдения за различными видами рака (легких, груди, кишечника, желудка, головы и шеи, яичников, почек и опухоли мочевого пузыря) с помощью анализа дыхания пациента. Премия Гумбольдта вручается выдающимся ученым, которые внесли значительный вклад в различные области исследований. Она предоставляет возможность ученым из разных стран заниматься научными проектами в сотрудничестве с учеными Германии. «Вдохновленный собаками, которые могут определять болезнь, но не могут рассказать об этом человеку, я разработал цифровую систему, точно диагностирующую болезнь и ее стадию развития. В настоящее время мы работаем над некоторыми аспектами этого метода, включая диагностирование дополнительных заболеваний», — говорит ученый.

Калифорнийский журнал Good Magazine включил Хаика в список 100 человек из 37 стран мира, которые внесли вклад в благополучие человечества в различных аспектах, включая науку, образование и бизнес. Хоссаму Хаику 41 год, он родился в городе Назарете в арабо-христианской семье. Ученый является членом Факультета Фолсона химической инженерии и членом Нанотехнологического института Рассела Берри. Хоссам получил награду за вклад в диагностику болезней с помощью инновационных маркеров, разработанных во время его исследования. Хаик получил докторскую степень в области инженерии, а затем занялся биомедицинскими технологиями.

Мы со скепсисом относимся к подобным открытиям универсальных методов диагностики или лечения всего и вся. С другой стороны, есть малоизученные методы, например АТА-тест, который мы тщательно проверяли: он позволяет предсказывать развитие послеоперационных гнойно-септических осложнений с вероятностью 80%! Может быть и тут есть зерно истины. Будем следить.

STMEGI, Редколлегия МД

В Британии запущен телемедицинский сервис для стариков

Операторы аптечной сети Boots UK объявили о запуске в Великобритании нового сервиса, получившего название **Home Assist**. Этот сервис должен заполнить существующую нишу и начать предоставлять телемедицинский доступ к услугам, не поддерживаемым государством.

Home Assist работает в режиме 24/7 и позволяет многим семьям сохранять уверенность в том, что с их престарелыми родственниками, живущими самостоятельно, не случится ничего плохого. Сервис предоставляет поддержку пожилым и больным людям, позволяя им сохранять самостоятельность в быту. Он также подходит для людей с ограниченной мобильностью, подверженных риску падения.

Участники программы Home Assist получают круглосуточную поддержку с помощью простого и легкого в использовании брелока с тревожной кнопкой, который они постоянно носят с собой. Это устройство поднимает тревогу в случае какого-либо происшествия или события, когда самому пользователю трудно по каким-либо причинам позвонить в экстренные службы. В этом случае специалисты связываются с человеком через систему связи, встроенную в брелок, и, при необходимости, направляют к нему «Скорую помощь», информируя близких. Причем помощь придет, даже если пользователь не может ответить оператору.

Предоставление услуг обеспечивается компанией Tunstall Healthcare, которая разработала специальное техническое решение по заказу Boots. Первый пилотный проект уже начался в феврале и в нем, кроме собственно службы срочного реагирования и аптек сети Boots UK, задействованы различные магазины, которые предоставляют через интернет или телефон информацию, товары и услуги. Компания Boots UK является частью крупнейшего фармацевтического и аптечного конгломерата Walgreens Boots Alliance и имеет около 2500 аптек по всей территории Великобритании.

EverCare

Продолжение на стр. 6

ИнтерНьюс

FDA хочет изучить степень понимания телерекламы лекарств пожилыми американцами

FDA намерено провести исследование, чтобы определить степень восприятия информации, представленной в телерекламе рецептурных лекарств гражданами США в возрасте 60 лет и старше. В настоящее время реклама рецептурных препаратов подвергается жесткой критике. Американская медицинская ассоциация призывает к ее полному запрету.

Исследователи FDA хотят изучить восприятие телерекламы возрастной группой, среди которой больше всего граждан, регулярно смотрящих телевизор и принимающих лекарственные препараты. Им будет предложено просмотреть сначала более простую рекламу, затем более насыщенную. После этого исследователи сравнят уровень восприятия. Пациентам дважды покажут теле-рекламу вымышленного препарата для лечения катаракты и проведут опрос по степени понимания ее содержания. Кроме того, FDA намерено изучить влияние зрительных образов в рекламе лекарств.

Пока у исследователей два рабочих предположения: они считают, что сжатая и компактная информация воспринимается лучше и что телевизионная реклама является средством мотивации пациентов посещать врача.

Фармвестник

Сторонники доказательной медицины исследовали «Оциллококцинум»

Научное общество Кокрейн (Cochrane) провело мета-анализ гомеопатического препарата «Оциллококцинум». Все исследования, допущенные к мета-анализу, проводились по принципу слепых, плацебо-контролируемых рандомизированных — это один из самых достоверных дизайнов исследований.

Научное общество Кокрейн (Cochrane) ведет совместную работу с авторами по всему миру, чтобы помогать специалистам в области здравоохранения выбирать оптимальные решения, основанные на достоверных анализах первичных исследований лекарственных препаратов. Одним из последних мета-анализов, относящихся к противостудной группе препаратов, стал анализ серии исследований Oscillocoquinum.

«Является ли Oscillocoquinum более эффективным, чем плацебо, в профилактике и/или лечении гриппа и гриппоподобных заболеваний у взрослых и детей?», — так звучит тема исследования.

Мета-анализ исследований включил шесть исследований: два клинических испытания по профилактике (всего 327 взрослых от молодого до среднего возраста в России) и четыре клинических испытания по лечению (всего 1196 подростков и взрослых во Франции и Германии).

Полученные Cochrane результаты не исключают возможность того, что Oscillocoquinum может оказывать клинически полезный эффект, но, учитывая низкое качество соответствующих исследований, полученные доказательства неубедительны. Свидетельство клинически значимого вреда Oscillocoquinum® отсутствует.

Выводы Cochrane подтверждают интерес к препарату на международном уровне в условиях непрекращающегося поиска оптимального решения для лечения ОРВИ и гриппа. «Конечно, огромное значение имеет и сама возможность провести анализ с точки зрения доказательной медицины, которая сегодня есть в отношении далеко не всех, даже самых распространенных лекарств, — объясняет старший научный сотрудник Центра патологии речи и нейрореабилитации Департамента здравоохранения Москвы Вероника Шишкова. — Специалисты знают, что в Cochrane еще нет выводов ни об одном противостудном препарате российского производства, ввиду отсутствия достаточной базы, которую можно было бы проанализировать. Мы этого только ждем».

Oscillocoquinum стал пятым противостудным лекарством из существующих в мире препаратов, доказательная база которого достигла необходимого уровня для проведения мета-анализа. Другие препараты: занамивир (Реленза), озельтамивир (Тамифлю), римантадин и амантадин.

От редакции: подана материала в данном сообщении делает возможным предположение о действительности изученного препарата. Это — ошибочное представление: препарат Оциллококцинум лишен доказанных эффектов. Более того, в мире все больше требований к прекращению исследований и обсуждению гомеопатических препаратов, к которым относится Оциллококцинум, так как ни в одном случае не были получены данные об их эффективности, а работа отвлекает исследователей от более важных проблем.

Доктор Питер

Начало на стр. 3, 4, 5

типа с пятью зданиями. Часть зданий были построены в виде боксов. Сегодня эти корпуса разрушены. Недалеко от больницы располагается кафедра нормальной физиологии, она была построена в то время, когда физиологию возглавлял И.М. Сеченов. Здесь же до сих пор сохранился кабинет Павлова. Интересно, что физиология тесно связана с Боткинским, так как Боткин включал физиологические исследования в понимание болезней. Физиологическое направление чрезвычайно важно, так как оно до сих пор диктует то, как себя ведут врачи, какие предполагаются подходы и каким образом продвигаются фармацевтические продукты.

Например, идея ранней диагностики, необходимой для успешного лечения, является очень популярной. Доказательная медицина встречает очень большие препятствия среди тех врачей, которые считают необходимым базировать свои действия над пониманием болезни. Практически оказывается, что для пользы больного все же лучше применять эффективные препараты, препараты, механизм действия которых хорошо изучен.

Существует масса причин, по которым по отдельным вопросам нет хороших контролируемых испытаний. Была сделана попытка 3 года назад собрать данные контролируемых испытаний о том, какими антибиотиками лучше лечить пневмонию. Оказалось, что нет такого ответа. Все базируется на основании как антибиотик действия in vitro. Данная ситуация накладывает серьезные ограничения на практику доказательной медицины, потому что тот позыв, который был в конце 80-х годов, что везде нужны рандомизированные контролируемые испытания, этот позыв является неправильным. Сейчас правильно говорить, что необходимы лучшие доступные доказательства, обязательно рандомизированные контролируемые испытания.

Есть один пример: рассматриваем больных, которым при стенозе аорты поставили искусственный клапан, и тех, которые отказались от него. 80% из всех пациентов, которым не поставили искусственный клапан, умирают, а больные с искусственным долго живут. Это кажется доказательством, что необходимо было ставить клапан. Но это не является доказательством, потому что те пациенты, которые не поставили искусственный клапан, были больные с нарушением кровообращения, им сказали, что клапан может не помочь, и они отказались. Это другие пациенты, их нельзя сравнивать.

Вопрос: Почему многие Европейские организации начинают отходить от этого понимания, а больше ориентируются на мнение экспертов?

Ответ: Я абсолютно уверен, что это не так. Если в 80-е годы делался акцент только на рандомизированные контролируемые испытания, то сегодня делается акцент на том, что нужно учитывать лучшее доказательство и рекомендовать то, в чем уверены.

Вопрос: Вопрос на примере препарата ранелат стронция. Было закрытое исследование, длилось 12 лет. На 13—14 году проверяли уже не действие этого препарата на остеопороз, а действие на остеоартроз, потому что оказалось, что эффект на остеоартроз более значительный. Действительно, через 3 года оказалось, что этот препарат является пионером для лечения остеоартроза. Еще оказалось, что у каждого четвертого возникает тромбоз. Вся Европа отказывается от этого препарата, но Россия продолжает использовать и продавать его.

Ответ: Эта ситуация очень интересная. Случайные вещи случаются, но они не являются доказательством. Например, кто-то закручивает шнур у телефонного аппарата, это происходит не потому, что кто-то закрутил, а потому что мы замечаем, что он закрутился. На самом деле происходит это, потому что мы перекладываем трубку телефонного аппарата. Так может происходить и с клиническими испытаниями. Например, препараты крахмала в Европе почти запретили в использовании, а в России Росздравнадзор получает хвалебные письма от производителей крахмала и рассылает эти письма по всей стране.

Вопрос: Считаете ли Вы, что самый эффективный препарат должен давать больше всего осложнений?

Ответ: У самого хорошего препарата должно быть наилучшее соотношение между безопасностью и эффективностью. Для качественной терапии необходима еще доступность.

Вопрос: В 2000 году появляется статья в Европейском журнале о том, что зависимость между смертностью и гипертонией нелинейная. Показали, что смертность начинает расти после 160. Буквально через 2 года появляются 2 стадии гипертонии, которые поднимают целевой порог выше и выше — это манипуляция. Вопрос такой: почему мы отказались от клинических ошибок? Я видел страшные вещи, когда специалисты оперируют не клиникой, а правилами?

Ответ: Я считаю, что врачи, чем дальше, тем больше должны основывать свои действия на научных данных.

Комментарий проф. М.П. Савенкова:

Я не вижу никаких противоречий с доказательной медициной, она нужна, она важна как инструмент проверки препарата, но не конкретной клинической ситуации. Она нужна, чтобы принять верное решение по дозировке, по комбинации. У меня нет проблем, я читаю лекции: по доказательной медицине одно, но в наших условиях это не работает. У нас нет препаратов от гипертонии, которые держат давление 24 часа. Дальше я даю свои данные и говорю, что это мое мнение. Но перед этим данные опубликовали, я на них ссылаюсь. Есть этический кодекс врача Всемирной Медицинской Ассоциации. Там есть одна хорошая фраза: «врач не имеет права говорить о том, что он в руках не держал и не видел». Я открываю тематический журнал и вижу, что там препарату посвящено 5 статей, 5 ведущих профессоров одно и то же пересказывают и ни одной цифры о личном его применении. Мы все базируемся на Европейских реко-

мендациях, переводы есть, мы их передуваем. Но они все себя юридически защищают: что рекомендации только на сегодняшний день, они не могут быть использованы для педагогических целей, являются лишь помощником врача, который несет всю ответственность за принятие решения. Доказательная медицина нужна точно, это архиважный момент, потому что много препаратов появилось. Я сторонник доказательной медицины как важного документа для клинициста, без него нельзя. Но подменять врача доказательствами тоже нельзя, потому что наша медицина индивидуальна, смоделировать все и рандомизировать невозможно.

Комментарий проф. В.Б. Яковлева:

Какая доказательная медицина в наших условиях, когда главных врачей поликлиник, больниц и других лечебных учреждений интересует только финансовая сторона. Я был потрясен, когда смотрел большую из клинической больницы, которой ввели стент; брилинту назначили, через 3 часа правда стент затромбировался, ей второй поставили. Это было 30 ноября, а 4 декабря пациента выписали домой. Прекрасный эпикриз на 4 страницах, подробно все расписано, приложено ЭКГ. И ни слова не сказано, как ей себя вести, хотя назначено большое количество препаратов. Пациентка тренируется, она с 5-го дня специально ходит 10 км в день, потому что она считает, что сердцу надо «прийти в себя». Да, надо руководствоваться рекомендациями, стандартами, но надо сохранять врачебную культуру. Необходимо разговаривать с больным, слушать его. Врачу надо образованным; читать; фильтровать знания; пропускать сквозь собственный опыт, не через стандарт; проследить судьбу своих пациентов. Тогда будет медицина.

Комментарий проф. И.Н. Бокарева:

Мы сегодня говорим о двух моментах и переплетаем их. С одной стороны, говорим о доказательной медицине, а с другой — о клинической практике. Путать их, конечно, не надо. Доказательная медицина должна быть, нужна рандомизация, необходимо подбирать группы больных. Должен быть этический комитет, который говорит, что это исследование не должно вредить людям, тем, которые не будут получать данное лекарство. Все больные, попадающие в исследование, подписывают согласие. Эти исследования отвечают на вопрос о действии какого-то конкретного препарата, он может сравниваться с препаратом этой группы, который уже применялся. Вот это медицина, основанная на доказательствах. Когда проводится исследование, оказывается, что 15% людей на «пустышку» реагируют так же как на нитроглицерин. Это никак невозможно объяснить. Поэтому было придумано, чтобы не было каких-то фантазий, четко организовывать, кто будет следить за больным и как. Когда мы начинаем лечить больного, то должны знать, что про этого пациента ни в какой книжке не написано, это один всегда человек. Стандарты никогда не могут служить основой для лечения конкретного больного. Для молодых специалистов стандарты нужны, чтобы они знали с чего нужно начинать, но они должны быть готовы, что эти рекомендации не будут помогать пациенту, и тогда начинается эмпирика в рамках стандарта, здесь личный опыт играет большую роль. Но никогда никто не может сказать, что он будет прав.

Профессор П.А. Воробьев:

Мы сегодня выслушали, что нам доказательства не нужны, мы будем лечить эмпирически. Есть опыт, и не важно, что за этим опытом никого нет вообще, либо этот опыт, основанный на смерти пациентов, это наш личный опыт и он нам дороже всего. Этого не будет — я могу сказать точно. С опытом будет покончено. Хотите вы того или нет, но нельзя экспериментировать на каждом пациенте, нам никто такого права не давал. Я еще раз подтверждаю, что Андрей Иванович Воробьев лечит по жестким стандартам, и если не получается помочь больному первой линией терапии, то он меняет на другую линию терапии, но по тем же самым стандартам. Эти стандарты отработаны кровью и жизнью пациента. Какое мы с вами имеем права этому не верить? Не имеем права. К сожалению, на протяжении последних 25 лет мы в России пытаемся в стране создать систему доказательной медицины, систему современных клинических рекомендаций, стандартов. То, что сегодня называется стандартом — это экономического плана документы, никакого отношения, не имеющие к медицине. Но это вопрос того, что чиновники и Big Pharma нас с вами вовлекают, запутывают. Разобраться с этим достаточно сложно: либо мы будем говорить про эмпирику, либо будем двигаться в правильном направлении, разруливая эту ситуацию с доказательствами и не-доказательствами. То, что делается сегодня с исследованиями — называется оценка медицинских технологий. Сначала получают положительные или отрицательные доказательства, а после этого начинается оценка, насколько эти доказательства соответствуют действительности, насколько правильно выполнены исследования. Прежде чем мы даем рекомендации, мы проходим через систему оценки медицинских технологий. И после того как вывесили, выложили все на сайте, посмотрели, обсудили абсолютно открыто, можно внести полученные доказательства в рекомендации. Иначе это жульничество.

Возникает вопрос: как использовать рекомендации? Это ориентировочная основа действий. Врач смотрит на рекомендации, если рекомендации хорошие, то там должны быть обозначены альтернативы, переходы. Если мы говорим о том, что гипотензивные препараты нужно применять, это же не вызывает сомнения при лечении гипертонии. А вот как применять, как менять — на этот вопрос должны отвечать протоколы ведения больных. Сегодня у нас появляется четкий формализованный инструмент принятия решений, который реализуется через систему: полученные доказательства, оценка технологий, клинические рекомендации. Так должно быть и так будет. Врач остается последним лицом, принимающим решение, но решение он принимает на основании полученных доказательных данных.

ОБЩИЙ АНАЛИЗ

ИнтерНьюс

Ученые нашли генетическую причину смены настроений при биполярном расстройстве

В исследовании на мышинной модели ученым удалось связать периодические колебания в активности определенного набора генов в тканях мозга с перепадами настроений, которые характерны для людей, страдающих маниакально-депрессивным психозом.

Люди, страдающие биполярным расстройством (маниакально-депрессивным психозом), склонны к резким перепадам настроения и изменениям уровня активности. Динамику этих изменений достаточно сложно предсказать, поскольку молекулярная основа этих процессов неизвестна. В новой работе группа исследователей из Японии изучила активность некоторых генов в мозгу мышей с состоянием, сходным с МДП, чтобы выявить их взаимосвязь с колебаниями настроения. Результаты исследования опубликованы в журнале *Cell Reports*.

Для экспериментов ученые использовали специально выведенные линии мышей, у которых в одном из наборов генов (пришедших от отца или матери) отсутствовал ген *αCaMKII*. Такие животные демонстрировали особенности поведения, характерные для людей с МДП. Кроме того, в ранних экспериментах было показано, что у людей с МДП активность гена *αCaMKII* также подавлена. В рамках исследования ученые следили за двигательной активностью животных в течение двух месяцев, фиксируя динамику. Затем у животных извлекали гиппокамп — область мозга, отвечающую за эмоции, — и анализировали в нем активность более 30 тысяч генов при помощи технологии ДНК-микрочипирования. По результатам анализа ученым удалось выявить группу генов, активность которых позволяла точно определить, в какой фазе смены настроений и физической активности были животные. К удивлению авторов исследования, значительная часть генов относилась к так называемым циркадным генам, активность которых обычно циклически изменяется в течение суток. Таким образом, оказалось, что некоторые циркадные гены могут также быть вовлечены в процесс, отвечающий за перепад настроения при МДП. По словам исследователей, в данной работе впервые удалось предсказать поведенческие особенности животных по активности генов. Ученые в разных странах давно исследуют генетические основы душевных расстройств: к примеру, недавно удалось обнаружить, что генетические вариации, приводящие к шизофрении и биполярному расстройству, чаще встречаются у людей творческих профессий.

Пластырь для диабетиков определяет уровень сахара в поте

Отказаться от традиционного способа измерения сахара в крови диабетикам поможет новый полимерный пластырь. Пластырь наклеивается на запястье и анализирует уровень сахара в потовой жидкости — показано, что этот показатель сопоставим с уровнем сахара в крови. Кроме того, устройство способно вводить метформин — эффективность такой терапии была успешно продемонстрирована на мышах, страдающих диабетом, пластырь помог нормализовать уровень сахара в крови животных.

Для изготовления пластыря Хунжай Ли (Hunjae Lee) и другие ученые из Южной Кореи использовали графен и частицы золота: наклейка получилась гибкой, мягкой и прозрачной. В нее были встроены сенсоры, с помощью которых и определялся уровень сахара в поте, а также микроиглы, необходимые для инъекций метформина.

Авторы протестировали новинку не только на мышах — пластырь уже опробован на двух добровольцах, не страдавших диабетом. Устройство корректно определило уровень сахара до употребления пищи и после него. В перспективе — проведение экспериментов с участием пациентов, страдающих диабетом, однако прежде авторам предстоит выяснить, как поведут себя сенсоры во время интенсивных тренировок и как долго они могут функционировать.

МедПортал

Что же построили?

В России появился симбиоз ветвей здравоохранения. «Нигде в мире нет схожей квази-страховой системы здравоохранения, — говорит зампред Формулярного комитета, профессор Павел Воробьев, — частные медицинские организации во всех странах встроены в Национальную систему, а частные медицинские центры получают задания от государства, в них контролируется качество помощи, обязательны стандарты аккредитации и протоколы лечения. В России частные клиники из национальной системы здравоохранения выведены Конституцией страны, никак не контролируются, только лицензируются».

Много — это сколько?

Государственных медицинских организаций большинство, частный сектор составляет около 10% общего количества клиник. Сейчас, в пору финансового кризиса, государство частично перераспределяет бремя здравоохранения, к примеру, сокращая объемы бесплатной помощи и предоставляя частным медицинским центрам возможность участия в системе ОМС (обязательного медицинского страхования). Эксперты же считают само существование частных медицинских страховщиков «лишним звеном», в котором оседает до 10—15% ресурсов здравоохранения. По словам министра здравоохранения Вероники Скворцовой, за 10 лет с 2006 г. консолидированный бюджет на здравоохранение в нашей стране вырос в 4,2 раза: с 690 млрд до 2,8 трлн руб. в 2016 г. Лакомый кусок бюджета: 69% поступает в Фонд обязательного медицинского страхования.

Что предлагает частник?

Объем рынка платных медицинских услуг в РФ в 2015 г. достиг 700 млрд руб. Точных статистических данных об объеме рынка нет. Согласно ежеквартальному исследованию HealthIndex, в год примерно 20% населения старше 16 лет прибегает к платным медицинским услугам. По другим источникам еще больше.

Сколько у частников пациентов?

Уже в 2013 г. в частные медицинские центры обращались 39% пациентов, а в государственные 72%. В 2014 г. таких пациентов стало 47% и 77% соответственно. (Данные исследования «Индекс здравоохранения 2014», проведено «Опорой России» совместно с ВШЭ и ВЦИОМ). Уровень удовлетворенности пациентов частных клиник на 20% превышает тот же показатель по клиникам госсистемы. Причинами российский пациент называет недостаток специалистов, медицинских изделий, лекарств, новых технологий в госсекторе, лучший сервис у частников.

«Проклятый частный собственник...»

Почему государство не принимает частников в общую систему? Частник — конкурент государственной медицине. «Сегодня нет добросовестной конкуренции на медицинском рынке между частными и государственно-муниципальными учреждениями, — говорит председатель гильдии производителей медицинских товаров и услуг Московской торгово-промышленной палаты, руководитель сети «Ниармедик» Олег Рукодачный. — Даже в случае 100% легального проведения платных медицинских услуг, государственная клиника пользуется государственным оборудованием, помещениями и т.п., что изначально создает неравные условия конкуренции на рынке платных услуг».

В высокотехнологичной медпомощи, на которую нужны квоты Минздрава, частных клиник минимум. За каждого пациента им приходится «драться». Основной же массив сложных операций по квотам выполняют в государственных медицинских НИИ и крупных государственных клиниках.

«Частный сектор в медицине ограничивают административные барьеры во время лицензирования и проведении государственного надзора, — добавляет Президент Правления некоммерческого партнерства «Содействие объединению частных медцентров и клиник» к.м.н. Сергей Лазарев. — А наличие платных медицинских услуг в госучреждениях создает демпинг цен на рынке и препятствует становлению этого рынка в России».

Почему не пускают?

Главной же причиной недопущения «частников» к «карману» пациентов, по мнению лоббистов от коммерческой медицины, являются теневые платежи в государственной системе. «Объем теневой медицины примерно можно оценить в 100 млрд руб., — заметил Олег Рукодачный, — в тени находятся до 40% общего объема рынка услуг. Это те деньги, которые пациенты приносят в конвертах, и это не оплата за качество, а оплата за «доступ к бесплатной медицинской услуге».

И если в столичных городах частные клиники все-таки видны, то тот медицинский «чес» силами врачей на кораблях и автобусах, которые отправляются в небольшие города и поселки России, оставшиеся без медицинской помощи, не поддается ни подсчету, ни контролю, ни осмыслению.

Показатели качества

За 25 лет ежегодные жалобы на частные клиники составляют 1,44% от общего количества, на государственные — 36% (данные исследований ФАС). Но государственных организаций — абсолютное большинство. Остальные жалобы приходится на муниципальные ЛПУ. Штрафов вдвое чаще выписывают частникам (данные Сергея Лазарева).

Но если выровнять показатели в расчете на одного пациента, то грехи, пожалуй, сравняются. «Если говорить о количестве врачебных ошибок на одного врача частной или бюджетной клиники оно примерно одинаково», — полагает юрист Алексей Панов. Мнение, что частники «выставят на деньги» не вполне корректно, считает он, то же самое делают и в государственных организациях, лоббируя платные услуги в своих стенах. «Со случаями гипердиагностики в частных клиниках — а это непоказанные обследования, ненужные операции — за все время своей практики медицинского юриста с 1999 г., я не сталкивался. Жалобы пациентов — в основном на качество помощи». По его мнению, качество услуг в частных клиниках обычно высокое, но нужно помнить, что с самыми срочными и сложными случаями пациенты сюда не попадают. «Я считаю, что в частных центрах качество помощи хуже, так как там и врач, и собственник заинтересованы только в прибыли, — говорит профессор Павел Воробьев, — а индикаторов качества в частных клиниках просто нет».

Частным порядком

Современному рынку частных медицинских организаций и платных медицинских услуг, закрепленному Конституцией 1993 года, исполнилось четверть века. Частный предприниматель оказался «в законе» наряду со здравоохранением государственным и муниципальным. Дальше работают частные стоматологи.

Кадры частной медицины

В частной медицине Российской Федерации прямо или косвенно занято до 70—80% врачей. Врачей у нас более 600 тысяч, то есть в частной медицине частично или полностью заняты около полумиллиона врачей. При 145 млн. населения Россия имеет один из самых высоких показателей количества врачей на душу населения. До 40% студентов медвузов после выпуска хотели бы работать в частных ЛПУ.

Статистику ошибок никто не ведет. Эксперты полагают, что пока врач не будет субъектом права, он не может полностью отвечать перед пациентом за допущенные ошибки. Минздрав такое решение откладывает до перевода здравоохранения на страховой принцип, эта дата все время отодвигается.

Удобные диваны не гарантируют безопасность

В связи с усложнением финансирования здравоохранения обычным делом в мегаполисах РФ, по словам юриста Лиги защиты пациентов Дмитрия Айвозяна, стали выплаты по судебным решениям пострадавшим пациентам от 700 тыс. до 1 млн рублей. Больше всего и исков, и выплат в частных стоматологиях и при оказании частной акушерской помощи.

«Плохо» только по секрету

Очень важно, чтобы понять уровень услуг, прислушаться к «сарафанному радио»: что говорят и пишут о клинике или медцентре. Только не стоит ориентироваться на сайт и форум данного ЛПУ: в Москве убрать негативный отзыв с сайта стоит 20 тыс. руб. Пациенту обязательно следует заключить с клиникой договор и оформить добровольное информированное согласие (см. <http://pravo-med.ru/news/12216/>). К сожалению, даже специалистам по качеству медицинских услуг оценить их в условиях отсутствия публичных данных о летальности и инфекционных осложнениях, а также рейтингов организаций, обычных для западных стран, не просто.

Смотри на менеджмент

Сам пациент вряд ли поймет, хороша ли больница, считает профессор Юрий Комаров, он сможет оценить только отношение врача к себе, почитать отзывы в Инете, узнать есть ли поборы, а качество медпомощи будет везде примерно равное. «В России никакой разумной организации работы и процесса лечения нет, а есть напиханные оборудованием клиники, по принципу «кто что ухватил», — говорит Юрий Комаров. — Нельзя объективно оценить качество лечения и по такому показателю клиник, как летальность, в России умирать в основном выписывают домой, до 80% тяжелых пациентов умирает дома».

Сколько и что есть в частной медицине?

По данным Росстата, на начало 2014 года в России работало более 1700 коммерческих медицинских организаций, 50% в ЦФО и ПривФО, причем на долю Центрального округа приходилось 32%. Меньше всего коммерческих учреждений на Дальнем Востоке (4%) и Северном Кавказе (5%).

«На мой взгляд, продвинутую больницу от непродвинутой, независимо от принадлежности собственности, отличает исключительно грамотный менеджмент, строгий контроль за действиями персонала и организация оказания медпомощи населению строго в соответствии с установленным порядком», — считает Елена Пестова, юрист Региональной общественной организации по защите прав потребителей медицинских услуг «Здравоохранение» (Свердлов-

Продолжение на стр. 8

Начало на стр. 7 ➔

ская область). — «Платежеспособные пациенты не застрахованы от ненужной гипердиагностики и неправильного лечения, так как больница намерена выдти из них как можно больше денег любой ценой. Но не спасет платная медицина, где можно наладить сервис, но цены и качество останутся бесконтрольными».

Вывод: качество медицинского обслуживания в организациях всех форм собственности потребитель самостоятельно может оценить только субъективно. По-настоящему в РФ о качестве оказанной медпомощи знают только судебные медики, и чаще, когда уже о лечении пациента говорить поздно.

Прогноз

В 2016 году, аналитики прогнозируют дальнейшее активное сокращение расходов по добровольному медицинскому страхованию и рост серого рынка медицинских услуг. Средняя стоимость пакета ДМС сейчас 50 тыс. руб. (данные «Эксперт»). Прямые платежи — большая часть доходов частной медицины — тоже могут сократиться. По мнению профессора Юрия Комарова, «частное здравоохранение будет расти до 10% общих объемов медицинских услуг, кроме того, многие люди будут еще больше лечиться самостоятельно или не лечиться вообще». Готовятся к худшему и сами частники. «Ожидаем резкого падения прибыли, сокращения числа клиник и филиалов, — говорит директор «Петербургского медицинского форума» Сергей Ануфриев, — начались сделки по продаже крупных клиник, а ряд проектов стал убыточным и готовится к закрытию».

В 2016 г. пострадают многопрофильные клиники со стационарами, клиничко-диагностическими центрами, в которые были инвестированы \$10–50 млн. 90% из них оказывают помимо платных услуг, услуги и по госпрограммам. Причины: высокая доля расходов на импортные материалы и комплектующие, лекарства, коммунальные платежи. В целом сокращение объемов госзадания с уменьшением количества платных услуг привело к падению общего дохода в таких клиниках на 20–40%. Дешевые кредиты им также оказались недоступны.

Много оттенков серого

Большинство мелких частных клиник (100–200 кв. м) уйдут в тень, т.к. «административные издержки уже будет невозможно покрывать на фоне резко снизившегося спроса». Рост теневых оплат оценивается в 20–25%. Сергей Ануфриев считает, что «нарастает тенденция возвращения к формату специализированных клиник преимущественно акушерско-гинекологического профиля, урологического, педиатрического, косметологического. Поскольку это самые устойчивые сегменты. На фоне дефицита средств в системе ОМС, местные страховщики стали сокращать плановые задания частным клиникам, в среднем по России частные клиники получают сейчас лишь 2% финансовых средств территориальной программы». Персонал в частных клиниках по-прежнему зависит от «выработки» врача и стремится «раскрутить» пациента на дополнительные услуги. При этом сервис в 90% клиник не стандартизирован и не гарантирован пациентам: в 95% частных клиник отсутствует система управления качеством медицинской помощи, а руководство осуществляется в «ручном» режиме.

Структура рынка платных медицинских услуг (в стоимостном выражении)

Стоматология 50%
Гинекология и урология 15%
Лабораторная диагностика 20%
Косметология 7%
Другое 8%

Лидером по выручке — 3 млрд. руб. в год — стала клиника «Медицина» в Москве. Единый медицинский центр в Москве работает на рынке медицинских осмотров и оформления медицинских справок, его выручка составила 1,2 млрд. руб. (рост бизнеса на 56% за последний год).

Сегодня у частных клиник нет эффективного лобби в субъектах Федерации и на федеральном уровне. В ситуации кризиса радужных перспектив роста частных услуг не просматривается. «Я думаю, что все ветви здравоохранения будут влачить жалкое существование, пока не сменится полностью плеяда чиновников у власти. И пока нежизнеспособная система здравоохранения не умрет, ничего не изменится, — говорит профессор Павел Воробьев. — В Казахстане доходы не высоки, да и специалисты учились в Москве, нет там и медстраховщиков, но здравоохранение страны находится в середине рейтинга Bloomberg по эффективности систем здравоохранения, а российское — в самом хвосте».

В общем, в ближайшие годы за медуслуги мы будем платить больше, ценовая конкуренция между частными центрами возрастет, как и серый рынок государственных медицинских услуг, когда пациенты по-прежнему будут пытаться улучшить доступ к бесплатному здравоохранению себе и близким, и параллельно искать частников в белых халатах.

Ирина Власова



XXI Международная научно-практическая конференция

«ПОЖИЛОЙ БОЛЬНОЙ. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ»

3–4 октября 2016 года

Холидей Инн Сокольники, г. Москва

Web-сайт: www.newdiamed.ru

E-mail: gerontology@newdiamed.ru

Постоянно действующий Организационный комитет конференции «ПОЖИЛОЙ БОЛЬНОЙ. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ» сообщает о проведении 3–4 октября 2016 года XXI Международной научно-практической конференции

ОСНОВНЫЕ НАУЧНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ КОНФЕРЕНЦИИ:

- Организация медицинской и социальной помощи пожилым. Современные геронотехнологии. Сестринский процесс.
- Геронтологические аспекты терапии (кардиология, ревматология, гематология, и т.д.), хирургии, офтальмологии, стоматологии, неврологии и психиатрии.
- Теоретические основы геронтологии, старение, геропротекторы.
- Стандартизация, медицина, основанная на доказательствах, и клинико-экономический анализ в гериатрии.
- Геронтофармакология.

Помимо традиционных форматов заседаний в рамках конференции планируется проведение тематических мультидисциплинарных блоков по актуальным проблемам лечения пожилых больных, основой которых является дискуссия различных специалистов, предваренная вводной лекцией. Во время конференции будет проходить выставка ведущих фирм, производящих лекарственные препараты, лечебное и реабилитационное медицинское оборудование, предметы ухода для пожилых.

ВАЖНЫЕ ДАТЫ

Предоставление тезисов до 15 июля 2016 г.

Бронирование номера в гостинице до 1 сентября 2016 г.

ФОРМА УЧАСТИЯ В КОНФЕРЕНЦИИ

1. **Присутствие на конференции в качестве слушателя:** заполнить заявку предварительно (ONLINE, e-mail: gerontology@newdiamed.ru) или зарегистрироваться в дни работы конференции.

2. **Устное выступление с лекцией, докладом, научным сообщением, клиническим разбором, а также участие в постерной сессии:**

- Правила подачи заявки смотри на сайте: www.newdiamed.ru

Решение о Вашем выступлении с докладом принимает Организационный комитет на основании заявки и тезисов.

3. **Публикация тезисов и статей** (бесплатно; правила подачи заявки на публикацию тезисов и статей смотри на сайте: www.newdiamed.ru).

Тезисы и статьи принимаются до 15 июля 2016 г.

4. **Для фармацевтических компаний, организаций и заинтересованных лиц — участие в выставке** (необходимо подать заявку, подробности по тел. (495) 225-83-74).

Посещение секционных заседаний, симпозиумов, школ является СВОБОДНЫМ!

РЕГИСТРАЦИОННЫЙ ВЗНОС обеспечивает аккредитацию участника конференции, получение журнала с тезисами конференции, папки с материалами конференции, ежедневный обед.

Регистрационный взнос с учетом действующих налогов составляет 3500 руб.

Регистрационный взнос следует перечислять на расчетный счет ООО «МТП НЬЮДИАМЕД» с указанием фамилии участника конференции:

Р/с 40702 810 500000000485, в АКБ «СТРАТЕГИЯ» (ПАО), К/с 30101 810 145250000563,
БИК 044525563, Код по ОКОНХ: 91514, Код по ОКПО: 18944019, ИНН 7702245220
КПП 770201001

ИНФОРМАЦИОННАЯ ПОДДЕРЖКА

Журналы «Клиническая геронтология», «Проблемы стандартизации в здравоохранении»

Газеты: «Вестник московского городского научного общества терапевтов «Московский доктор», «Вестник Геронтологического общества РАН»

Web-сайты: www.newdiamed.ru, www.rspor, www.mgnot.ru

Место проведения: Холидей Инн Сокольники. Москва, Русаковская ул., дом 24

Оргкомитет конференции «ПОЖИЛОЙ БОЛЬНОЙ. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ»:

Телефон/факс: (495) 225-83-74, e-mail: gerontology@newdiamed.ru

Председатель оргкомитета профессор Воробьев Павел Андреевич

Ответственный секретарь Нерсесян Мадлена Юрьевна
(научная программа)

Секретариат Голованова Наталья Николаевна
(по вопросам размещения)

Вестник МГНОТ. Тираж 7000 экз.

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

РЕДАКЦИЯ: Главный редактор П.А. Воробьев

Редакционная коллегия: Г. Паперная (ответственный секретарь), А.И. Воробьев, В.А. Буланова (зав. редакцией), В.В. Власов, А.Б. Зыкова

Редакционный совет: Воробьев А.И. (председатель редакционного совета), Ардашев В.Н., Глезер М.Г., Дворецкий Л.И., Ивашкин В.Т., Лазебник Л.Б., Моисеев В.С., Мухин Н.А., Насонов Е.Л., Парфенов В.А., Симоненко В.Б., Синопальников А.И., Сыркин А.Л., Тюрин В.П.

Газета распространяется среди членов Московского городского научного общества терапевтов бесплатно

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

Телефон 8-495-83-74, e-mail: mtpdm@newdiamed.ru www.newdiamed.ru

Отдел рекламы: 8 (495) 225-83-74

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»!