



ВЕСТНИК МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО

МОСКОВСКИЙ ДОКТОР

Декабрь 2005

№ 16

НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ

Армения. Я не был там 17 лет, с момента землетрясения. Тогда, во время катастрофы, работал в составе бригады Гематологического центра в Институте хирургии у А.Л. Микаэляна. Он умер 20 августа 1991 года: услышал про ГКЧП, а на следующий день остановилось сердце... Его знал весь мир, он оперировал на сердце, легких, сосудах; его институт был филиалом института Б.В. Петровского. Во время землетрясения адрес на благотворительных грузах писался так: Ереван, Микаэлян.

Общение с коллегами после землетрясения было нерегулярным, а потом стало невозможным — теперь мы два государства. С трудом удалось найти тех, с кем мы не спали несколько ночей подряд, принимая сотни пострадавших, не отходя от операционных столов, центрифуг для плазмафереза и аппаратов гемодиализа. Тогда мы совершили прорыв в лечении синдрома длительного сдавления, не ампутировав ни одну конечность, предупредив острую почечную недостаточность у большинства раненых, снизив летальность до цифры около 5%. За полгода до этого события был описан и доложен всего один случай лечения синдрома длительного сдавления, который и стал основой новой стратегии в терапии. Всего-то были применены ранний — в течение первых суток, а лучше — часов после извлечения из завала, плазмаферез, переливание литра в сутки свежзамороженной плазмы. На нас смотрели с удивлением приехавшие врачи из всех крупных стран.

Сегодня в Армении появился интерес к проблемам стандартизации, управления качеством в здравоохранении, клинико-экономическому анализу, развитию системы первичной медицинской помощи, сестринского дела. Страна начинает выходить из тяжелейшего кризиса. Беседы с различными врачами, администраторами, чиновниками, международными экспертами позволили составить отчетливое впечатление о развитии системы здравоохранения в республике за эти годы: **системы нет**. Есть хаотичное решение насущных, сиюминутных проблем, разнонаправленная и никак не гармонизированная деятельность, полная неуправляемость.

Эта беда, результат дикого, губительного для республики периода 90-х годов. В России тогда было несладко, но в Армении ситуация была катастрофичной. После землетрясения постепенно по всей республике отключили газ, уголь, мазута, бензина не было, так как их неоткуда было завозить — железнодорожное сообщение через территорию Грузии было полностью прервано, с Азербайджаном велась война и границы закрыты до сих пор. Электричество то работало, то выключалось, атомная станция была остановлена. Все отопление и горячее водоснабжение прекратило свое существование. Лесов в республике немного, топить дровами городские квартиры удавалось не всем. Коммуникации полопались, в некоторых многоэтажных больницах пациенты ходили в туалет под зонтиком, чтобы нечистоты не капали сверху. Это было еще совсем недавно.

Конечно, не обновлялось оборудование, вся параклиническая служба замерла на уровне конца 80-х. Новые лекарства начали появляться 2-3 года назад, их регистрация официально стоит 2-3 тысячи, но есть еще «обязательные» дополнительные платежи, уско-

ряющие процесс. Вместе с тем объем потенциальных продаж невелик, поэтому многие фирмы и не думают пока регистрироваться в Армении.

В Армении с советских времен процветали соплатежи населения за медицинскую помощь. В новых условиях это стало основным каналом поступления средств в систему здравоохранения. Большинство граждан работают «частным образом», не выплачивая налоги в бюджет. Медицинского страхования нет. Следовательно, абсолютно очевидно,

выездом бригады контролеров на место. Методы уклонения от таких проверок и «быстрого устранения выявленных недостатков» слишком очевидны, чтобы их обсуждать. Именно понимание того, что очное лицензи-

рование — способ дополнительного развития коррупционных отношений, заставил несколько лет назад изменить лицензирование в нашей стране и перейти на систему самооценки и доверия администрации: проводится экспертиза документов и лишь в отдельных, крайне редких случаях — очная экспертиза. Зато теперь в течение срока действия лицензии можно приехать и проверить соблюдение лицензионных требований и условий, без всяких зазрений совести приостановить действие лицензии или подать в суд, чтобы ее аннулировали вовсе: вам поверили, а вы...

Проверки идут постоянно и закрываются косметологические клиники, больницы — от участковых до городских больниц «скорой помощи».

В Армении предполагается скорое внедрение лицензирования отдельных специалистов. На западе каждый врач имеет лицензию. Но там полная прозрачность, взаимное доверие и ответственность, во главе угла — общественные профессиональные организации (типа Московского городского общества терапевтов). Здесь опять предполагается жесткий вертикальный административный контроль; только не ясно, кто и как его будет проводить, количество контролеров может превысить количество работающих врачей, а эффективность работы будет равной нулю. Если уж брать западные схемы, то и методологию нужно копировать!

Все медицинские организации, независимо от формы собственности, получают государственные средства по так называемому «глобальному тарифу». Фактически — по объему выполненных работ — койко-дням и амбулаторным приемам врачей. Представляется, что это такое же бюджетное финансирование, как и было, только «вид сбоку». Не берусь до конца утверждать, потому как до конца не разобрался. Очевидно только, что от государства поступают гроши, которые почти не учитываются врачами. Для сравнения — государственная зарплата оперирующего хирурга с большим стажем — 60 долларов в месяц, а за одну обычную полостную операцию он берет с больного около 200 долларов. Деньги эти делятся, правда, между всеми участниками процесса: медицинскими сестрами, реаниматологами и т.д., но очевидно, что именно они являются основным доходом персонала.

Лекарства не входят в эту цену и покупаются пациентами отдельно, как и

имплантанты. Кроме того, больной платит в кассу больницы 40 долларов на накладные расходы (зарплата администрации, покупка немедицинского оборудования, ремонт) и 15 долларов на параклинические службы. В частных клиниках затраты выше — в кассу платится до 600 долларов, соответственно выше и доходы бригады медиков.

Система выглядит диковатой, но в ней есть рациональное зерно: часть средств из кармана пациента поступает на воспроизводство системы здраво-

охранения. Только не подумайте, что врачи — богачи, ездят они пока, в лучшем случае, на стареньких «шестерках». Возможно, что-то быстро изменится, но, скорее всего, на «мерседесах» будут ездить главные врачи и хозяева больниц (что уже есть и так).

ПРЯМАЯ РЕЧЬ

В Армении с советских времен процветали соплатежи населения за медицинскую помощь. В новых условиях это стало основным каналом поступления средств в систему здравоохранения.

Назад в будущее



Коллеги у памятника А.Л. Микаэлян

...отчетливое впечатление о развитии системы здравоохранения в республике за эти годы: **системы нет**.

должно было произойти перераспределение денежных потоков: раз не платит бюджет (а он не наполняется из-за массового уклонения от налогов), то деньги будут изыматься прямо у пациентов. Поскольку у государства нет средств на содержание больниц (а было продано даже здание Минздрава, и этот орган переведен в весьма стесненные условия), то больницы

должны стать частными. Приватизация шла вначале в виде обществ акционеров — трудовых коллективов, что создавало иллюзию справедливости. Но очень быстро акции оказались в руках главных врачей, которые и стали реальными хозяевами больниц и научных институтов. Институт хирургии им. А.Л. Микаэляна тоже приватизирован. Не приватизированы пока институты онкологии, гематологии и фтизиатрии. Не приватизированы некоторые госпитали, поликлиники, хотя курс на семейных врачей, активно пропагандируемый в настоящее время, ведет к фактической приватизации и в первичном звене.

Обсуждаются в Армении новые подходы к вопросам лицензирования. До последнего времени, как и в России, лицензировались медицинские организации, причем после тщательной, унизированной проверки с

Только не подумайте, что врачи — богачи, ездят они пока, в лучшем случае, на стареньких «шестерках».

Принципы Гиппократы выдержали проверку тысячелетий, неужели сегодня они будут сломлены в угоду экономистам и финансистам?

ИнтерНьюс

Смоленскими хирургами изучался оптимальный объем оперативного вмешательства у пожилых больных с диагнозом «рак щитовидной железы»

В исследование были включены пациенты старше 60 лет, которым в период с 1987 по 2002 г. проводилось хирургическое и комбинированное лечение. Среди радикально прооперированных больных у 27 (9,6%) в отдаленном послеоперационном периоде выявлен клинический рецидив рака щитовидной железы. Наибольший процент больных с рецидивом отмечается после резекции доли щитовидной железы (46,7%) при сравнении с гемитиреоидэктомией (13,1%). Лучшие отдаленные результаты по количеству больных с рецидивом основного заболевания отмечаются при выполнении тиреоидэктомии (5,2%) по сравнению с гемитиреоидэктомией (13,1%). Оптимальным объемом оперативного лечения рака щитовидной железы у пожилых больных является тиреоидэктомия. В I-IIA стадии возможно выполнение гемитиреоидэктомии с хорошими отдаленными результатами.

Источник:

Клиническая геронтология
2005, № 3.

Необычное свойство препаратов тироксина — гормона щитовидной железы — и таблеток для похудения на основе амфетамина обнаружили ученые из Университета Майнот. Проведенные ими исследования показали, что назначение этих средств во время беременности приводит к... смене половой ориентации будущих детей

Проанализировав данные о матерях более 5 тысяч студентов из США и Канады, исследователи обнаружили, что матери, дочери которых стали лесбиянками, принимали синтетические аналоги гормонов щитовидной железы во время беременности в пять раз чаще, чем женщины, дочери которых получили нормальную ориентацию.

Аналогичной оказалась ситуация и с препаратами для похудения — матери будущих лесбиянок принимали их в восемь раз чаще, чем матери девушек с традиционными предпочтениями в сексе. Зато у некоторых других препаратов был выявлен противоположный эффект. Например, матери мужчин с нормальной ориентацией значительно чаще принимали во время беременности лекарства, уменьшающие тошноту, чем матери будущих гомосексуалистов.

Специалисты считают, что практически любые лекарственные препараты, принимаемые женщиной во время беременности, оказывают определенное действие на головной мозг будущего ребенка — даже если в организме взрослого они совершенно не обладают подобным эффектом. Конечно, для получения более точных результатов нужно провести значительно более масштабные исследования, проанализировав большее число случаев нарушения половой ориентации и приема матерями различных лекарственных средств. Но в случае тироксина и производных амфетамина связь с изменениями ориентации детей практически не вызывает сомнений.

Впрочем, такие исследования всегда напоминают изучение средней температуры у пациентов в больнице.

Источник:

Diamedcom.ru

13

13—14 октября в Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова состоялось Международное совещание «Доказательная медицина: новые подходы к образованию и практике в здравоохранении» с участием Учебно-методического объединения по медицинскому и фармацевтическому образованию вузов России и Европейского регионального бюро Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). На пленарных заседаниях были заслушаны доклады экспертов ВОЗ из Дании, Франции и Финляндии о принципах доказательной медицины и использовании доказательств для принятия решений в области общественного здравоохранения, а также выступления отечественных специалистов, в которых освещались следующие вопросы:

- новый подход к принятию в общественном здравоохранении решений, основанных на доказательствах;
- разработка «доказательных» инструментов принятия клинических и управленческих решений,
- преподавание доказательной медицины врачам, специалистам в области общественного здоровья, менеджерам здравоохранения и студентам.

Был также представлен опыт Киргизской медицинской академии в области формирования рациональной фармакотерапии на основе концепции доказательной медицины.

На двух секционных заседаниях обсуждалось использо-

СВЕТСКАЯ ХРОНИКА

вание доказательств в клинике и общественном здравоохранении. Итогом совещания явились рекомендации, в которых использование и развитие доказательной медицины было признано приоритетным направлением деятельности ММА им. И.М. Сеченова и сформулированы основные задачи на ближайший период. Среди них: обучение научно-педагогических кадров академии доказательной медицины и обеспечение им доступа к важнейшим источникам доказательной информации; включение доказательной медицины в учебные планы и программы всех факультетов образова-

тельных учреждений высшего и дополнительного профессионального медицинского образования и др. Признано целесообразным организовать в ММА им. И.М. Сеченова подразделение для координации работы по применению доказательной медицины в учебном процессе и научных исследованиях. Сформулированы также рекомендации для Учебно-методического объединения по использованию доказательной медицины для совершенствования учебно-методических материалов. Совещание обратилось с просьбой в Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации рассмотреть вопрос о возможности создания федеральной структуры по оценке медицинских технологий.

М.В. Авксентьева

Доказательная медицина в Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова

ПРОТОКОЛЫ МГНОТ

Выступление не является глубоким историческим исследованием, а служит целью напомнить основные вехи становления и жизни Московского городского общества терапевтов, работающего непрерывно вот уже 130 лет.

Предпосылками и фоном создания терапевтического московского общества явилось осознание общественностью возможности и необходимости повышения здоровья населения, вначале — путем внедрения гигиенических технологий: так, в 1765 было создано Вольное экономическое общество, одной из целей которого являлась пропаганда гигиенических знаний, а с 30-х годов XIX века была сформулирована задача борьбы с детской смертностью. К середине XIX века в России насчитывалось 7 обществ врачей. В 1861 в Москве организовано Общество русских врачей, а чуть позже по его образцу создано свыше 50 губернских медицинских обществ. Официально до 1917 года существовало около 150 провинциальных обществ врачей.

В дальнейшем меняется принцип создания обществ: из территориального он становится профессиональным. Так в начале XX века создается Лига борьбы с туберкулезом, общество борьбы с детской смертностью, множество других профессиональных обществ. В СССР создание профессиональных обществ было продолжено, и к 1973 насчитывалось 36 всесоюзных медицинских профессиональных обществ. При этом нужно отметить, что региональные общества (обычно — терапевтов, хирургов, неврологов, педиатров и акушер-гинекологов) не учитывались, хотя они и существовали и существуют повсеместно, практически в каждом областном центре. Ситуация сегодняшнего дня сложная: число профессиональных медицинских обществ невозможно подсчитать, много дублирующих обществ, многие общества не регистрируются в соответствии с существующим законодательством, не ведут никакой хозяйственной деятельности (а нередко и научно-практической) и существуют де-факто, но не де-юре. Напомним, что в течение последних 15 лет несколько раз менялись правила регистрации общественных организаций, что обязывало проводить их перерегистрацию. Не все выполняли эти требования.

Московское медицинское общество выделилось из физического общества Московского университета. Первый Устав Московского медицинского общества был принят 4 октября 1875 г., этот мо-



Остроунов А.А.

1875—2005: 130 лет работы (тезисы доклада)

на пленарном заседании МГНОТ 23.03.05

мент и нужно считать датой рождения общества. Среди его учредителей были такие выдающиеся врачи, как Н.Ф. Филатов и В.Д. Шервинский. Вначале, до 1895 г., общество называлось «Московское медицинское общество», с 1895 по 1917 гг. «Московское терапевтическое общество, состоящее при Императорском Московском университете». Такое название обществу дали с тем расчетом, что Университет предоставит обществу площади для проведения заседаний бесплатно, что и произошло (до этого заседания проводились в Политехническом музее). С тех пор и по сей день пленарные заседания общества проводятся в аудиториях вначале Московского Университета, а затем — 1-го Московского медицинского института, ныне — Московской медицинской академии. С 20-х годов общество было переименовано в Московское общество терапевтов, а с 1962 г. в Московское городское научное общество терапевтов.

Следует отметить, что не удалось достоверно установить время прекращения деятельности общества в период революции и войн. Во время 1-й мировой войны общество активно работало в поддержку военной медицины, в условиях революции 17-го года и гражданской войны общество продолжало свою деятельность при свечах в нетопленных помещениях. Видимо, в какой-то момент 1941—1942 или 1941—1945 терапевтическое общество не работало, хотя это суждение может быть ошибочным.



ЛАБОРАТОРНАЯ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА.

СПУТНИК ИНТЕРНИСТА

Под ред. проф. П. А. Воробьева

Издательство «Ньюдиамед»

Бестселлер учебно-методической литературы!

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

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

За 130 лет существования общество сменило не так много Председателей — всего 12 человек. Некоторые Председатели общества дважды возглавляли его работу, поэтому данные в скобках даты указывают на годы избрания Председателем: Покровский Егор Арсеньевич (1875—1877), Остроумов Алексей Александрович (1877—1888), Бобров Александр Алексеевич (1889—1892), Павлинов Константин Михайлович (1893—1899), Шервинский Василий Дмитриевич (1899—1924), Кончаловский Максим Петрович

(фильное) восприятие болезни, системный подход к ее диагностике и лечению. Такой подход ни в коей мере не противоречит тезису «лечить болезнь у больного».

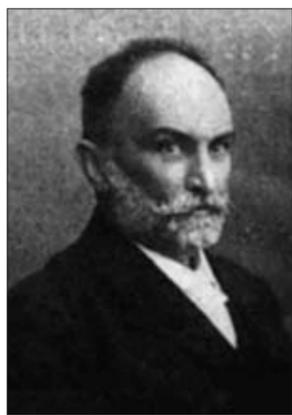
А.А. Бобров, хирург, участник русско-турецкой войны, последовательно развивал направление Н.И. Пирогова в хирургической анатомии. Автор учебников о вывихах и переломах, по оперативной хирургии и топографической анатомии, разработал оригинальные методы операции спинномозговой грыжи и эхинококка печени. Одновременно основал первый в стране детский санаторий в Крыму.

К.М. Павлинов — экстраординарный профессор Московского университета по кафедре факультетской терапевтической клиники. Перечень его работ свидетельствует о широте взглядов, так характерных для интернистов прошлых лет: диссертация «О месте образования мочевой кислоты в организме», «О подвижной почке», «Сахарное мочеизнурение», «Чума в Старицком и первые появления ее в Ветлянке», «Клиника внутренних болезней. Вып. I. Лекции по электротерапии», «Клебсовские палочки дифтерита».

Про то, что В.Д. Шервинский был основателем многих направлений в современной медицине, в частности — эндокринологии, знают многие. Но не многие знают об эпизоде отставки его по политическим мотивам вместе с 24 из более чем 130 профессоров и преподавателей Московского университета, подавших в 1911 г. На фотографии лица этих людей, среди них многие выдающиеся врачи и биологи. Сидят: В.П. Сербский, К.А. Тимирязев, Н.А. Умов, П.А. Минаков, А.А. Мануйлов, М.А. Мензбир, А.Б. Фохт, В.Д. Шервинский, В.К. Цераский, С.Н. Трубецкой. Стоят: И.П. Алексинский, В.К. Рот, Н.Д. Зелинский, П.Н. Лебедев, А.А. Эйхенвальд, Г.Ф. Шершеневич, В.М. Хвостов, А.С. Алексеев, Ф.А. Рейн, Д.С. Петрушевский, Б.К. Млодзеевский, В.И. Вернадский, С.А. Чаплыгин, Н.В. Давыдов.



Профессора, покинувшие Московский университет в 1911 г. по политическим мотивам



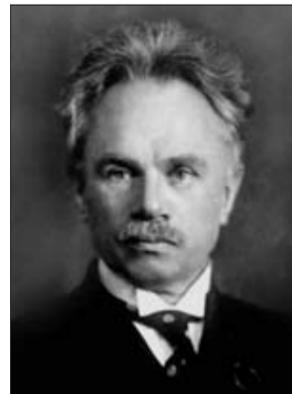
А.А. Бобров

(1924—1933, 1937—1941), Плетнев Дмитрий Дмитриевич (1933—1937), Виноградов Владимир Никитич (1945—1952, 1957—1964), Куршаков Николай Александрович (1953—1955), Тареев Евгений Михайлович (1955—1957, 1964—1969), Василенко Владимир Харитонович (1969—1987), Воробьев Андрей Иванович (1987 — по настоящее время). В среднем Председатель возглавлял общество около 10 лет, но можно выделить «долгих» Председателей: В.Д. Шервинский — 25 лет, Кончаловский М.П. — 15 лет, Виноградов В.Н. — 16 лет, Василенко В.Х. — 19 лет, А.И. Воробьев — 18 лет, двое из них «перешагивали» с обществом в новый век.

Не место давать здесь развернутые биографические справки Председателей, продемонстрируем лишь краткую информацию, показавшейся важной при подготовке доклада. Многие биографии уже были опубликованы на страницах Вестника МГНОТ, многие — ждут своего часа.

Е.А. Покровский, врач, занимавшийся детьми, основоположник отечественной этнографии детства, выпустил фундаментальные исследования, посвященные детским играм. Обратившись к помощи народных учителей, сельских священников, земских деятелей, получил 2000 анкет, положенных в основу труда «Детские игры, преимущественно русские». Сделал первые записи детского фольклора во время путешествия по Сибири в 1870 гг.

А.А. Остроумов. Вот лишь несколько его высказываний: «Предметом нашего (т.е. клиницистов) изучения служит больной человек, нормальная жизнь которого нарушена условием существования его в среде». «Организм — целое, расстройство одной части отражается на всем организме изменениями жизнедеятельности других его частей, поэтому ослабление одного органа расстраивает весь организм». Эти мысли и сегодня остаются актуальными, особенно в свете подходов гештальтмедицины — целостное (а не узкопро-



Д.Д. Плетнев

ввел в обиход отделения интенсивной терапии инфаркта миокарда.

Н.А. Куршаков один из первых занимался лучевыми поражениями, под его редакцией вышла книга «Острая радиационная травма у челове-

ка бурного развития кардиологии во второй половине прошлого века. Он положил начало клинической электрофизиологии сердца,

С именем В.Н. Виноградова связывают начало бурного развития кардиологии во второй половине прошлого века. Он положил начало клинической электрофизиологии сердца,

ввел в обиход отделения интенсивной терапии инфаркта миокарда.

Н.А. Куршаков один из первых занимался лучевыми поражениями, под его редакцией вышла книга «Острая радиационная травма у челове-



М.П. Кончаловский



В.Н. Виноградов

Продолжение на стр. 4 ↗

ИнтерНьюс

Вышел в свет протокол ведения больных «Эпилепсия»

Эпилептический припадок — проблема, с которой может столкнуться каждый на улице, в общественном месте. И хотя ведение таких больных — удел специалистов, каждый врач должен знать, как поступить в экстренном случае. Эпилепсия является одним из наиболее распространенных и социально значимых заболеваний нервной системы и представляет собой хроническое полиэтиологическое заболевание, проявляющееся повторными неспровоцированными (спонтанными) судорожными или другими припадками, потерей сознания, и сопровождающееся изменениями личности.

Лучшими специалистами страны четко изложены согласованные рекомендации по ведению данной группы пациентов в амбулаторной практике и в стационаре.

Источник:

Проблемы стандартизации в здравоохранении, 2005, № 3.

Ученые европейских государств намерены в течение трех лет с помощью грибов и бактерий создать универсальный заменитель крови

В проекте Euro Blood Substitutes участвуют 12 институтов, а координационный центр находится в Ноттингэмском университете. Цель проекта — сделать переливание безопасным, поскольку использование донорской крови связано с высокими рисками, заражения СПИДом и гепатитом. Исследования начнут с двух микроорганизмов, которые биоинженеры уже применяют для производства лекарств — гриба *Aspergillus niger* и бактерии *Escherichia coli*. С их помощью планируется синтезировать белки, схожие с гемоглобином, которые будут способны переносить кислород между легкими и органами. Основная сложность эксперимента заключается в том, что человеческий организм обычно «отторгает» чужие белки. «Новую кровь», в отличие от естественной, можно будет стерилизовать. Именно это позволяет рассчитывать на популярность будущего препарата в Восточной Европе и в Африке, где отмечены частые случаи заражения СПИДом при переливании донорской крови. Кроме того, таким образом Euro Blood Substitutes собирается привлечь новые инвестиции и общественное внимание к европейским биотехнологиям. Попытки создать искусственную кровь предпринимались и раньше. С 70-х годов в России, США и Японии разрабатывали искусственную кровь на основе перфторанов, однако в мире от нее отказались из-за явной неэффективности, тогда как в России она пользуется незаслуженным спросом. Известны разработки переносчиков кислорода на основе свободного гемоглобина. В 2004 году в Японии были получены образцы искусственной крови на основе белка альбумина, не вызывающие отторжения. До настоящего времени все эти разработки не находят широкого применения из-за того, что потребность в переносе кислорода у больного, как правило, отсутствует, даже при массивной кровопотере (в резерве находится в 10 раз больше эритроцитов, чем в кровотоке, а геморрагический шок вызван не гипоксией, а потерей объема крови, что восполняется растворами и плазмой). Врачами потребность в переносчиках кислорода традиционно сильно преувеличивается.

Источник:

МедНовости.ру, собственные данные

СБОРНИК ПРАВОВЫХ И НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ ТРАНСФУЗИОЛОГИИ

Под редакцией профессора П.А. Воробьева

Издательство «НьюДиамед»

Для клинических и производственных трансфузиологов.

Полное собрание нормативных документов (полнотекстовые версии) по производственной и клинической трансфузиологии за последние 30 лет. Книга — результат поиска документов в архивах Минздрава России, медицинских организаций, правовых баз данных. Книга уникальна полнотой представленного материала. Каждый найдет здесь то, что пригодится ему в работе: нормы расхода, штатное расписание, правила переливания компонентов крови и инструкцию по лечению Краш — синдрома, многие документы ранее не публиковались.



ИнтерНьюс

Ученые одного из исследовательских институтов Копенгагена установили, что женщины, объем бедер которых составляет более 1 м, имеют значительно больше шансов стать долгожительницами, чем худосочные барышни.

Исследователи в течение более, чем 10 лет, наблюдали за тремя тысячами мужчин и женщин. В конце 1980-х гг. на них были составлены специальные карты, в которых содержались указания роста и веса пациентов. Затем в них вносились заболевания, которые перенесли эти люди. Сводный анализ данных показал шокирующие цифры. Те женщины, которые могли похвастаться пышными формами, оказались значительно менее подвержены проблемам с коронарными артериями, а также в целом сердечным болезням. И все благодаря гормону, который препятствует всевозможным негативным процессам в организме. Этот гормон, известный под названием адипонектин, вырабатывается жировыми клетками и играет огромную роль в профилактике многих заболеваний. Ученые установили, что люди, у которых уровень адипонектина снижен, подвержены множеству заболеваний. Они могут получить неприятности с сердцем, стать жертвами атеросклероза. Наличие достаточного количества этого гормона в организме способствует излечению диабета.

Профессор Берит Хайтман отметила однако, что не только недостаток жира на бедрах может стать причиной ухудшения здоровья: к аналогичным последствиям может привести и отсутствие в этих местах достаточной мышечной массы. Так что женщинам, которые хотят избежать проблем с сердцем (физических), следует озаботиться не только тем, как бы поскорее набрать вес, но и заняться спортом.

Источник:
Медафарм

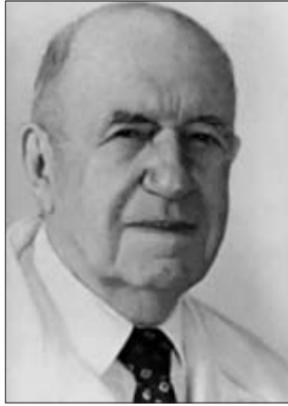
Мальши, появившиеся на свет путем кесарева сечения, имеют в два раза больший риск развития аллергии к коровьему молоку, чем их собратья, родившиеся естественным (то есть вагинальным) путем

Результаты исследования 2656 детей дают основание доктору Мэрету Эггесбю (институт общественного здоровья, Осло, Норвегия) считать, что это объясняется нарушениями кишечной микрофлоры. Такие представления по этому вопросу предполагают разработку перспективных методов лечения аллергии к коровьему молоку. Предыдущие исследования доктора Эггесбю и его соавторов были посвящены изучению влияния кесарева сечения на развитие аллергии к яйцам, рыбе и орехам. Вероятно, родоразрешение путем кесарева сечения предусматривает создание неблагоприятных условий для колонизации кишечника нормальной микрофлорой. В настоящее время ученые приступили к изучению ассоциации между видом родоразрешения и состоянием микрофлоры кишечника у детей.

Следует отметить, что связь аллергии и дисбактериоза давно известна отечественным врачам, в развитии последнего играет роль отсутствие лактулозы, которая содержится в женском молоке и отсутствует в коровьем. Дефицит лактулозы обычно связан с искусственным вскармливанием, что, в свою очередь, нередко бывает после кесарева сечения. Для дальнейших поисков необходимо учитывать не только пути родоразрешения, но и тип вскармливания, а к искусственному питанию добавлять небольшие дозы (1—2 капли в день) лактулозы.

Источник:
Медафарм,
собственные данные

Начало на стр. 2 ↻



Е.М. Тареев

«проблемные» больные со всей страны.

В.Х. Василенко стоял у истоков создания отечественной школы гастроэнтерологии. По его учебнику и сегодня студенты учатся пропедевтике внутренних болезней.

Обсуждаемые на протяжении 130 лет темы можно сгруппировать и выделить некоторые интересные направления. Так, дважды рассматривался вопрос о канализации (Вены и Москвы), неоднократно — вопросы, связанные с организацией медицинской помощи, например, В.Х. Василенко рассказывал об устройстве клиники в одной из скандинавских стран. Постоянно обсуждаются инфекционные заболевания. В начале XX века — очень много казуистики — идет выделение нозологических форм по клиническим и лабораторным критериям. В это же время активно развиваются и обсуждаются новые методы диагностики (ЭКГ, биохимия крови, бинауральный стетоскоп, действие радия, рентгеновские лучи и т.д.) и лечения (новые лекарства, физиотерапия, операции, наркоз). Большое внимание постоянно уделяется вопросам этики, теме религия, публики и медицина. Постоянно проводятся совместные заседания с другими научными обществами.

На всем протяжении работы общества красной нитью проходит военно-медицинская тема: о помощи во время войн и эпидемий, а в последнее время — во время техногенных и природных катастроф. Эта тематика и сегодня сохраняет свою актуальность.

Важным элементом работы общества была публикация материалов. Вначале информация публиковалась в «Медицинском обозрении», с начала XX века стали издаваться ежегодные или 2 раза в год сборники «Труды Московского терапевтического общества». Позже материалы заседаний печатались в журналах «Клиническая медицина», «Терапевтический архив», последние годы — «Клиническая геронтология». С 2004 года стал издаваться «Вестник МГНОТ — Московский доктор».

Нельзя не обратить внимания на то, что общество активно занималось в первые полвека своего существования не только научной деятельностью. Так во время русско-турецкой войны оно организовало курсы медсестер и медицинский отряд, в 1896 г. учреждена стипендия для врачей. Был учрежден фонд

им. Л.Е. Голубина. Постоянно шло формирование отрядов по борьбе с эпидемиями (тиф), в 1-ю мировую войну — медицинских отрядов. В последующие годы эти общественные функции были полностью утрачены.

Изменился за прошедший век и состав общества. В 1911 г. он был представлен должностными лицами Общества (казначей, секретарь, Председатель), Почетными членами Общества, среди которых было много известных иностранных врачей, членами-корреспондентами и действительными членами Общества. Число членов общества было достаточно мало — всего менее 200 человек. Однако в таком распределении есть своя «доля истины». Может быть, стоит вернуться к основам?

Фактическая иерархия может выглядеть так: члены Общества, выборные Президиум (или Правление) Общества, Ревизионная комиссия и Почетные члены. Административный аппарат назначается Правлением общества. Такое положение дел не противоречит действующему Уставу.

Представляется необходимым оживить деятельность Общества введением актуальных и дискуссионных тем, например, несколько перспективных тем можно предложить: «Семейный врач — интернист или нереальный универсал?», «Реклама и пациенты — вред очевиден, может ли быть польза?», «Медицина доказательств — мода или потребность?», «Этика взаимодействия

представителя фармакологии», «Проблемы льготирования лекарственного обеспечения», «Что такое ОМС и причем здесь наука?», рассмотреть конкретные стандарты медицинской помощи. Эти актуаль-



В.Х. Василенко

врача и медицинского представителя фармакологии», «Проблемы льготирования лекарственного обеспечения», «Что такое ОМС и причем здесь наука?», рассмотреть конкретные стандарты медицинской помощи. Эти актуаль-



Л.И. Цветкова



Л.А. Положенкова



Е.Н. Кочина

ные и мало обсуждаемые во врачебной среде вопросы могут привлечь к работе общества дополнительных специалистов и врачей первичного звена.

И в заключение несколько фотографий. Без этих женщин сегодня собрание МГНОТ было бы невозможным в принципе.

П.А. Воробьев

ОТРАСЛЕВОЙ СТАНДАРТ ПРОТОКОЛ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ. ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИХ И ИНЫХ ИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ

Утвержденный МЗ РФ, приказ № 233 от 09.06.2003 г.

Издательство «НьюДиамед»

От тромбоэмболии легочной артерии умирает больше людей, чем от аварий на дорогах. Остановим эпидемию тромбоэмболий. Впервые профилактика тромбоэмболии вменена в обязанность при хирургических операциях приказом. Протокол нужно выполнять, а для этого нужно знать, что в нем написано. Тираж ограничен.



В статье приводятся основные этапы истории становления и развития системы подготовки кадров для здравоохранения России со времен Ивана Грозного до начала XX века. Статья содержит исторические справки и ссылки на отечественных историков и архивные документы и рассчитана на широкий круг читателей.

В текущем году следовало бы широко отмечать 350-летие начала деятельности государственной системы подготовки врачей.

Подготовка и переподготовка специалистов в сфере здравоохранения неразрывно связана с реформами, проводимыми в системе общественно-политических отношений и государственного регулирования в целом. Практически все документы, принятые для регулирования отношений в системе подготовки и переподготовки специалистов в сфере здравоохранения, соответствующие образовательные учреждения и органы управления отражают конкретные периоды развития реформ в Российской Федерации.

Первый орган высшего медицинского управления, **Аптекарский приказ**, был создан в Московском государстве в 1581 г. В этом же году создается первая «царева» аптека (хотя в Лифляндии, в Риге уже имелись 2 аптеки к 1291 г.).

Как свидетельствует историк Л.Ф. Змеев («Чтения по врачебной истории в России»), основной задачей Аптекарского приказа было наблюдение за лечением царя, отбор иностранных врачей, участь которых, до существования Аптекарского приказа, по свидетельствам историков, была изначально незавидна:

- Антон Немчин — обезглавлен после неудачного лечения татарского царевича Каракача;
- Леон Жидовина — обезглавлен после неудачного лечения старшего сына Ивана III;
- Прусский врач Теофил и греческий врач Марко силой удерживались при дворе Василия III.

Более успешно сложилась судьба у врача Николо из Любека, известного как Иван Булев, который при содействии митрополита Даниила в 1534 г. сделал перевод «Hortus sanitatis» («Вертоград здоровья»).

Однако далее участия в больницах монастырей (первая была создана в г. Радонеж) иностранные лекари не привлекались. Попытка царя Ивана IV создать государственные больницы успеха ввиду смутного времени не имела. До этого момента искать свидетельства о появлении светской медицины бессмысленно, в связи с многочисленными войнами, феодальным характером общественных отношений (П.П. Загоскин, 1891 г.).

Вплоть до середины XVI в. руководства, по которым могло бы вестись обучение, можно разделить на:

1. Зелейники.
2. Лечебники.
3. Рукописи «Галиново на Ипократе» (список рукописей найден в Кирилло-Белозерском монастыре).
4. Книга «Врата Аристотелевы» (запрещена Стоглавым собором в 1551 г.).

Зелейники и лечебники в большинстве своем не сохранились в связи с запретом церкви.

Аптекарский приказ не решил задачи государственной системы подготовки врачей. Многочисленные войны и междоусобицы приостановили деятельность Аптекарского приказа практически до 1619 г. С 1620 г. в ведение Аптекарского приказа передано:

- наблюдение за аптеками;
- сбор и разведение лекарственных растений;
- покупка лекарственных растений в других странах;
- проверка документов иноземных врачей при приеме их на службу;
- назначение врачей в войска;
- определение годности к военной службе и др.

Практически более 30 лет после окончания смутного времени собственной системы подготовки врачей создано не было, приглашались иностранные врачи, и только с 1654 г. Аптекарский приказ в связи с эпидемией чумы и возникшей потребностью во врачах начал подготовку военных лекарей: обучение проходило в срок от 4 до 6 лет.

В это время открывается школа «Обучения учеников лекарского дела» (специалисты для хирургической практики), куда было принято до 35 «стрельцов, стрелецких детей и разных чинов людей».

Ослаблением становления монархии и государства явились укрепление крепостничества и разрушение городского

ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В РОССИИ

С.Н. Горбунов



С.Н. Горбунов

ремесла, что стало причиной Крестьянской войны (Степан Разин, 1662 г.), внутренний раскол при дворе царя Федора Алексеевича (1676–1682) и ряд неудачных реформ. Положительным является ослабление влияния церкви на духовную жизнь русского общества и утраты церковью монополю феодального влияния.

К 1681 г. штат Аптекарского приказа составлял 100 человек, с бюджетом в 10 тыс. рублей. Существовал он на средства казны, доходы от аптек и приписанных к нему сел и деревень. Преимущество отдавалось иностранным врачам за отсутствием собственных: Царь Михаил Федорович (1613–1645) принял на службу 8 докторов, 5 лекарей и 4 аптекаря; Царь Алексей Михайлович (1645–1676) — 11 докторов, 3 лекаря, 6 аптекарей и 1 глазного врача; Царь Федор Алексеевич (1676–1682) принял на службу 4 доктора, 9 лекарей, 4 аптекаря; Петр I за период с 1682 по 1699 г. принял 11 докторов, 87 лекарей, 9 аптекарей и 1 глазного врача, ввел труд женщин по уходу в госпиталях.

Предпосылки для появления системы образования, в том числе в медицине, заложил своей деятельностью Посольский приказ, который активно занимался переводами иностранных книг. Книги были в основном светского содержания, которые очень быстро вышли из придворного круга в нарождающееся светское общество.

Растет государственный аппарат, что требует все большего числа грамотных людей, и к 1667 г. открыто множество приходских и средних грамматических, греко-латинских школ. В Москве открылся гимнасион, а в 1687 г. открывается Славяно-греко-латинская академия — первое высшее образовательное учебное заведение в России.

К 1700 г. на Московском печатном дворе было отпечатано более 500 книг. В Россию все больше проникают книги по естествознанию, переведены: «Эпитоме» А. Везалия и «Атлас» Блау, в котором излагалась система Николая Коперника. Тем не менее, Россия оставалась страной лекарей-ремесленников, не имеющей государственной системы медицинского образования, следствием является отсутствие возможности передачи последних достижений науки.

Продолжение на стр. 6

ИнтерНьюс

Американская ассоциация студентов-медиков (The American Medical Student Association) и неформальные объединения «Здоровый скептицизм» (Healthy Skepticism Inc) и «Бесплатных ланчей не бывает» (No Free Lunch) рекомендуют четыре цели обучения медицинских работников противодействию методам фармацевтических компаний продвижения лекарственных средств

1. Обучать избегать воздействия рекламы лекарственных средств.
2. Знакомить с методами продвижения лекарственных средств и обучать искусству принятия решений.
3. Разъяснять медикам, что они уязвимы для рекламы и нет способов, позволяющих им извлекать из нее больше пользы, чем вреда.
4. Обучать пользованию достоверными источниками информации.

Все 4 цели должны преследоваться на всем профессиональном пути медика: в течение начального профессионального и непрерывного последипломного образования.

Источник:

Международный журнал медицинской практики № 4, 2005.

Американские ученые сумели заметить у плода в утробе матери мимику, похожую на плач.

Джанни Джинграс, доцент Каролинского медицинского центра в Шарлот (Северная Каролина), в ходе ультразвукового исследования впервые засняла это на пленку. Малыш шевелится, морщит личико, сводит бровки, и его щеки начинают дрожать, он тяжело вдыхает и выдыхает, потом закрывает глаза, выссовывает маленький язычок и сглатывает: одни словом, ведет себя так, как будто бы плачет.

Как пишет исследовательница лицевая мимика, соответствующая состоянию плача, была зафиксирована у 10 плодов, начиная с 7-го месяца развития, совершенно случайно — в ходе исследования последствий употребления матерью наркотиков и курения. Плоды «плакали» вне зависимости от воздействия этих веществ. Лицевая реакция, указывает педиатр, вызывалась при помощи безвредных виброакустических воздействий, которым подвергались плоды. Эта лицевая мимика прекрасно увязывается с нейрофизиологическим развитием ребенка, и это является очень важным открытием, потому что еще раз подтверждает концепцию о том, что плод может испытывать ощущения и что действительно существует эмоциональная память с 5-го месяца беременности. На данный момент, напоминает профессор Нойя, у человеческих плодов были отмечены четыре поведенческих состояния, которые можно сравнить с поведением новорожденных: активное пробуждение, спокойное пробуждение, бодрствование и спокойный сон (предполагается, что в этом состоянии плод даже может видеть сны, принимая во внимание, что были сделаны записи быстрого движения глаз, типичного для сновидений). Но состояние плача никогда не документировалось. То, что еще до рождения у плода развита чувствительность, было известно давно. Плод слышит музыку, а после рождения узнает ее. Он реагирует на внешние шумы и на шумы материнского организма, на ее сердцебиение, например. У него есть чувство равновесия и он шевелится в зависимости от движений матери.

Источник: Inopressa.ru

«ГЕРИАТРИЯ В ЛЕКЦИЯХ»

т. 1 и 2

Под ред. профессора П.А. Воробьева

Издательство «Ньюдиамед»

Лекции, созданные лучшими специалистами в геронтологии, гериатрии, терапии, врачами всех специальностей, чьи пациенты — пожилые люди.

Фундаментальные вопросы биологии и патофизиологии старения, особенности течения и терапии различных заболеваний в позднем возрасте, современные методы диагностики и лечения, социальные вопросы — все это предназначено для врачей, кто видит проблему пожилого человека стратегически важной.



ИнтерНьюс

Активированный протеин С может стать новым препаратом для лечения инсульта, поскольку может расширить терапевтическое окно для выполнения тромболитика

Ранее выполненные исследования показали, что активированный протеин С является мощным нейротектором: он блокирует внутренний митохондрие-зависимый и внешний каспазо-8-медируемый механизмы апоптоза в эндотелиоцитах и нейронах человеческого мозга в условиях стресса и гипоксии. На мышинной модели транзиторной ишемии применение активированного протеина С в течение первого часа оказывало нейротективное действие и уменьшало нейроваскулярную токсичность, медируемую тканевым активатором плазминогена. В отличие от тканевого активатора плазминогена, активированный протеин С не повышал риск внутримозговых кровоизлияний. Д-р Берислэй Злокович и его коллеги (Медицинский Центр Университета Рочестера) вызвали эмболический инсульт у самцов крыс и мышей, а затем через 4 ч вводили тканевый активатор плазминогена, активированный протеин С, их комбинацию либо плацебо. Обследование животных проводилось через 2 ч, 1 сутки и 7 дней после эмболического инсульта. У всех животных через 2 ч и 1 сутки отмечался выраженный поведенческий дефицит. Спустя 7 дней активированный протеин С, либо его сочетание с тканевым активатором плазминогена, достоверно улучшал показатели функциональных тестов и уменьшал объем поражения головного мозга, по сравнению с плацебо. Напротив, монотерапия тканевым активатором плазминогена, будучи неэффективной, вдвое повышала частоту микроскопических кровоизлияний в головной мозг.

Источник:
Ann. Neurol.
2005; 58: 474-7.

Физическая нагрузка может способствовать более эффективному развитию мозга и его мыслительных способностей

Задачей исследователей из Университета Здоровья и Науки, Орегон, США, было установить, могут ли регулярные физические упражнения приводить к органическим изменениям в мозге. Работа проводилась на приматах, что позволяет исключить влияние таких факторов, как курение, алкоголь и избыточный вес.

Животных разделили на 3 группы. Первую группу тренировали на беговой дорожке пять дней в неделю в течение 20 недель. Вторая группа вообще не подвергалась физической нагрузке. Третью группу тренировали в течение 20 недель, а затем ограничили их подвижность. Затем исследователи оценили объем капилляров в мозге животных. Результаты исследования свидетельствовали о том, что объем капилляров у обезьян, подвергавшихся физическим нагрузкам, был существенно выше, чем у нетренированных. Кроме того, изменения были наиболее заметны у тех обезьян, которые были наименее тренированы в начале исследования. Доктор Джуди Камерон из Национального исследовательского приматологического центра Орегона, США, отметила, что всем известно, что физические упражнения улучшают сердечную деятельность и снижают риск ожирения, но данное исследование свидетельствует о том, что физическая нагрузка может вызывать органические изменения в мозге. Исследователи также отметили, что тренированные обезьяны в ходе тренировок значительно быстрее обучались. Вероятно, что физические упражнения могут приводить к большей способности к концентрации, и это еще одна из важных причин, чтобы заставить людей уделять больше внимания спорту.

Источник:
Vertigo.ru

Начало на стр. 5 ➤

Только в начале, а точнее, к середине XVIII в. начинается свое становление Российская медицина.

К 1703 г. основан Петербург — «окно» в Европу. В 1707 г. наряду с Аптекарским приказом была создана Канцелярия главной аптеки для снабжения войск медикаментами. Государство к 1708 г. разделяется на 8 губерний. В 1714 г. открывается первая государственная библиотека. Петром I в 1721 г. Аптекарский приказ преобразован в Медицинскую канцелярию.

Основной задачей Медицинской канцелярии было определение права на врачебную практику. Медицинской канцелярией были утверждены такие исторические документы: Генеральный регламент о госпиталях; Регламент полевых аптек; введены должности городских врачей; созданы школы «бабьего дела».

В 1724 г. учреждается Академия наук, которой в 1725 г. передается государственная библиотека. Открытие в 1755 г. Московского университета и организация ранее (1720–1727) химической лаборатории — точка отсчета развития медицинской науки и образования.

К 1765 г. появляется первое русское научное общество «Вольное экономическое общество». В 1763 г. Медицинская канцелярия преобразована в Медицинскую коллегию. Коллегия состояла из двух департаментов: коллегия «докторского и лекарского искусства» и канцелярия, ведавшая хозяйственными вопросами. В Медицинскую коллегию, возглавляемую президентом (не врач, а сановник), входили три доктора медицины, штаб-лекарь, лекарь, оператор и аптекарь, «искуснейшие по своим наукам и талантам». При Медицинской коллегии состоял ученый секретарь, в обязанности которого входило установление связей с учеными других стран. Возможно, ввиду многочисленных бюрократических процедур Медицинская коллегия помешала развитию системы медицинского образования, появление новых медицинских факультетов, кроме Московского университета, было отложено на 29 лет.

Екатерина II издает Указы: в 1784 г. — об открытии медицинских факультетов в Екатеринославе, а в 1786 г. — в Пско-

ве, Чернигове и Пензе. Однако указы выполнены не были, появляются медико-хирургические училища при госпиталях, которые в этом же году преобразовываются в самостоятельные медико-хирургические училища. К 1788 г. в Петербурге был учрежден медико-хирургический институт при Калиновской больнице для подготовки врачей-иностранцев русского подданства.

В 1797 г. были введены губернские врачебные управы, на которые было возложено руководство медицинским делом в губерниях (в Санкт-Петербургской губернии был основан Физикат, а в Москве — Медицинская контора дань первенству двух столиц). Медико-хирургическая академия открывается в Петербурге в 1798 г.

Результатом развития системы медицинского образования является число врачей на гражданской и военной службе — 1519, и главным образом отечественных.

В 1803 г. Медицинская коллегия была упразднена, и дела, которыми она управляла, переданы в Министерство внутренних дел, где был выделен Медицинский департамент.

В основном обучение и подготовка врачей, а также привлечение иностранных специалистов в XIX и начале XX в. в России производятся с учетом сложной санитарно-эпидемиологической обстановки, непрерывных военных компаний и низкой культуры и грамотности населения.

В 1866 г. Московский генерал-губернатор учредил временный «Комитет охраны народного здоровья», который был утвержден на постоянной основе через 33 года.

В 1877 г. Московская Медицинская контора переименована во Врачебное управление, одной из функций которого стала выдача разрешений на открытие частных больниц, амбулаторий и аптек.

Примерно в эти же сроки появился Врачебный совет, который проводил экспертизу проектов больниц, изучал отчеты деятельности по организации госпитализаций, питания, обсуждал кандидатуры на врачебные должности, изучал отчеты медицинских учреждений.

Во второй половине XIX в. Россию принимают как достойного конкурента в науке и подготовке специалистов-медиков.

Продолжение в следующем номере

Начало на стр. 1 ➤

В складывающейся системе финансирования проглядывается наличие «врача-бюджетодержателя», получающего деньги и распределяющего их между всеми без участия дополнительных административных сил. Такая система принята в некоторых странах, например, в Англии и Германии, но ее справедливо ругают сами участники процесса, пытаются изменить к лучшему.

Здесь не обсуждаются заветы Гиппократов о презрении к деньгам и невозможности получения денег врачом непосредственно: все эти каноны грубо нарушены. Принципы Гиппократов выдержали проверку тысячелетий, неужели сегодня они будут сломлены в угоду экономистам и финансистам?

В условиях развития «дикого капитализма» в медицине Армении, стандарты медицинской помощи становятся единственным способом регулирования качества медицинской помощи. По ним можно рассчитать тарифы, по ним можно проверять объемные показатели качества. Другого инструмента нет!

Для чего все это пишется? Стоило ли обсуждать чужие проблемы, боясь навлечь на себя обиду со стороны армянских друзей? Кто-то подумал, — ну какое нам дело до них, у нас своих проблем полно. Это так, но одним из вероятных сценариев развития здравоохранения России является именно описанный выше. Соплатежи населения — огромные, деньги эти кладутся в карман врачей и администраторов, и не поступают в систему здравоохранения. Следовательно, эти деньги разрушают здравоохранение изнутри, разлагая не только морально, но и материально. Финансовые диспропорции огромные — в высоко специализированных, оснащенных, к стати, за счет государства клиниках врачи получают сверхприбыли, «принимая» от больных. На участках, чтобы угнаться и получить хоть какие-то средства, врачи торгуют больничными, инвалидностями и получают

деньги от продаж лекарств и биологических добавок. Фирмы даже выпускают и распространяют среди врачей бланки рецептов с готовыми прописями лекарств и штрих-кодами, персонифицирующими врача, выписавшего рецепт. Большого богатства это не несет, но систему дестабилизирует.

Именно поэтому в последнее время все слышнее звучат голоса, что нужно «завести» деньги на врача первичного звена, чтобы он потом «расплачивался» за всю последующую помощь из «своего» бюджета. А бюджет его будет формироваться из числа привязанных к нему людей — каждый будет иметь ваучер (сертификат, электронную карту), за которым стоят определенные деньги. Сумма денег от всех «приписанных» к врачу ваучеров и будет его совокупным бюджетом, которым он сможет распорядиться. Такая ситуация напугивает чем-то содержание церквей прихожанами: есть приход, община — денег на церковь и батюшку хватает, приход маленький — денег на церковь нет и она либо закрывается, либо службы в ней ведутся не регулярно. Привлекать такой врач к себе будет не только личной своей компетенцией, но и наличием «связей» с другими звеньями системы — грамотными консультантами, хорошими клиниками.

Так все может выглядеть в идеале. И, еще раз, пока в России об этом только дискутируют. Но некоторые шаги властей наводят на мысль, что такое решение уже принято и постепенно реализуется: сертификаты беременных, содержащие деньги, перепись и учет врачей первичного звена, контракты с ними и прямые выплаты им 10-ти тысяч рублей, минуя все существующие системы платежей — чем не эксперименты в области бюджетирования.

Именно поэтому нужно изучать ошибки и проблемы, встретившиеся в других системах здравоохранения. Вероятно, это не последний разговор на темы структуры и функции современного здравоохранения, места врача в нем, проблем финансовых и этических.

П.А. Воробьев

СПРАВОЧНИК ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ФОРМУЛЯРНОГО КОМИТЕТА

2005 год

Под редакцией профессора П.А. Воробьева

Издательство «Ньюдиамед»



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

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

Уважаемая редакция!
В октябре 2005г. на 2-й Всероссийской конференции «Мужское здоровье» мне попал в руки 13-й номер Вестника МТЧЮП, в котором было объявлено о конкурсе назвать автора и произведение из которого процитирована фраза: «Лезис...о почетной бедности...»
Я, конечно, сразу же узнал эту цитату из книги доктора исторических наук А.З.Манфреда «Наполеон Бонапарт».

С уважением, врач-сексолог Тамбовского областного центра планирования семьи Елисеев А.А.

Действительно, ответ верен. А мы-то думаем, что книжки уже никто не читает. Или только московские врачи не книголюбцы?

Главный редактор П.А. Воробьев

КОМПЬЮТЕР НА СТОЛЕ ВРАЧА

В номере 3 редколлегия газеты предложила вниманию врачей животрепещущие темы, которые хотелось бы обсудить в 2005 году.

В данной статье участковый терапевт на конкретном примере делает попытку высказать свое мнение по вопросу: «Врач и компьютер (действительно ли без «знания» компьютера нельзя сегодня быть хорошим врачом?). Отвечаю на этот вопрос: «Можно». Это возможно потому, что «образно мозг может быть представлен как высокопродуктивный компьютер, в котором неустанно трудятся многие миллиарды нервных клеток, связанных между собой сотнями тысяч всевозможных программ, аналогичных тем, что функционируют в компьютерах» (К.В. Сельченков 2004 г.).



Т.В. Шишкова

ВРАЧ И КОМПЬЮТЕР

Это позволяет врачу по мере накопления опыта, конечно, многие вопросы диагностики решать интуитивно, когда «непосредственное постижение истины происходит без предварительного логического рассуждения» (С.И. Ожегов, 1978 г.).

Молодым врачам, приходящим на практику в нашу поликлинику, кажется непонятным, как можно ставить диагнозы «с лица». Они это делать не умеют и поэтому работа в поликлинике, не оснащенной ультрасовременной диагностической техникой, им кажется неинтересной.

Этому обстоятельству способствует и то, что, наряду с несомненной положительной ролью, который играют методы визуализации в диагностике, произошел и процесс деградации клинического мышления, опирающегося исключительно на аппаратные приемы диагностики. Западная медицина страдает этим дефектом очень давно, а мы только

вступаем в эту эпоху, теряя основное достоинство российской медицинской традиции — клиническое мышление.

Претерпел изменения также институт контроля за наиболее значимыми врачебными ошибками, что снизило общую планку врачебной квалификации. И тут, мне думается, введение компьютерной диагностики эту планку не поднимает.

В настоящее время сложилась ситуация, что, если нет жалоб, то качество лечения и его эффективность оказываются за скобками как формального анализа, так и интереса врачей.

Возможность систематически, год за годом, анализировать и контролировать собственную клиническую деятельность в наиболее ответственной и драматической ее части формировала в прошлые годы наиболее прочную часть личного врачебного опыта. Врачебные ошибки были общим врачебным достоянием, школой и мерой ответственности. В последние годы в связи с изменением правил институт патологоанатомических вскрытий и конференций практически сошел на нет.

Все вышеуказанные особенности современного здравоохранения не являются откровением автора статьи, они ранее обсуждались в печати (Ю. Котков, 2004 г.)

Роль врачебной интуиции в диагностике демонстрирует следующий пример: молодая женщина обратилась ко мне по поводу пахового лимфаденита. Предыдущий врач выдал ей больничный лист и назначил тетрациклин. Воспалительные явления уменьшились, и можно было уже выписать больную на работу, как вдруг неожиданно для самой себя я сказала медсестре: «Подготовьте больной бланк анализа RW».

Принятие этого решения было совершенно неосознанным, я тут же «забыла» про больную. Через несколько дней получен ответ из лаборатории: «Реакция положительная: четыре креста». В связи с этим родился диагноз: сифилис. Мысленно приложила ладонь ко лбу и подумала: «Вот это да!»

Попыталась восстановить логику рассуждений в своем мозгу, которая привела к правильному и неожиданному диагнозу. Ее не было. Но, несомненно, в компьютере, стоящем в голове врача, на каком-то сайте отложилась информация: всякий лимфаденит — следствие расположенного вблизи очага инфекции. Но какого, при паховом лимфадените? Множество больных, прошедших за врачебную жизнь терапию, с воспалением придатков, трихомонадным колпитом и циститом, не имели пахового лимфаденита. Одна из серьезных инфекций полового тракта — сифилис. Компьютерная программа их связала и выдала решение. Обратилась к литературе.

При каждом увеличении лимфоузлов реакция Вассермана обязательна.

Эту рекомендацию удалось обнаружить только в одном источнике (Р. Хегглин. Дифференциальная диагностика внутренних болезней. 2001 г.) В работах, посвященных дифференциальному диагнозу при лимфаденопатиях (Л.И. Дворецкий, 2005 г.), среди инфекционных лимфаденопатий

Продолжение на стр. 8

ИнтерНьюс

Высокая частота сердечных сокращений в покое является независимым предиктором общей и сердечно-сосудистой смертности у больных с ИБС

Помня, что число сердечных сокращений в течение всей жизни достаточно постоянно для каждого вида живых организмов, и что в прошлом эпидемиологические исследования уже подтвердили прогностическую ценность базальной частоты сердечных сокращений у здоровых лиц, д-р Джейн-Клод Тардиф и его коллеги (Монреальский Институт Сердца, Канада) решили определить прогностическую значимость частоты сердечных сокращений в покое у пациентов со стабильной стенокардией. Были проанализированы данные 24913 больных с вероятной или подтвержденной патологией коронарных сосудов — участников исследования Coronary Artery Surgery Study.

За время наблюдения (в среднем 4,7 лет) общая и сердечно-сосудистая смертность, а также частота госпитализации из-за сердечно-сосудистых причин были выше среди лиц с исходно высокой частотой сердечных сокращений в покое.

После поправки на вмешивающиеся клинические факторы оказалось, что при частоте сердечных сокращений в покое 83 уд. в мин и выше отношение рисков для общей смертности достигало 1,32, для сердечно-сосудистой смертности — 1,31 по сравнению со здоровыми лицами из группы контроля.

При исходной частоте сердечных сокращений в покое 77—82 уд. в мин отношение рисков для первого случая повторной госпитализации по сердечно-сосудистым причинам составило 1,11 по сравнению с участниками, чья частота сердечных сокращений не превышала 62 уд. в мин. Среди участников с частотой сердечных сокращений не менее 83 уд. в мин этот показатель составил 1,14.

По мнению авторов, частота сердечных сокращений в покое является легко определяемым параметром с важным прогностическим значением — не только в здоровой популяции, но и среди пациентов с вероятной или диагностированной коронарной патологией, направляющихся на коронароангиографию.

Источник:
Eur. Heart. J. 2005;
26: 967-74.

Частота синдрома раздраженного кишечника и диспепсии возрастает в течение года после заболевания острым энтеритом, вызванным Salmonella enteritidis, сообщают авторы недавно проведенного в Испании исследования

Возможность для проведения такого исследования представилась во время вспышки сальмонеллеза в одном из районов Испании, где заболело примерно 1200 жителей. На основании результатов, полученных при динамическом наблюдении за пациентами, авторы выявили появление симптомов синдрома раздраженного кишечника и диспепсии через 12 месяцев у 13,4% и 10% переболевших соответственно по сравнению с 2,6% и 0,7% в контрольной группе.

Источник:
Gastroenterology 2005;
129: 98-104.

КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ (оценка, выбор медицинских технологий управление качеством медицинской помощи)

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

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

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

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

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



