



Коллеги! Хотя это и не просто, но я попробую ограничиться несколькими важными задачами. Тематика качества медицинской помощи для нас крайне важна, это та тематика, которая красной нитью прослеживается практически на всех совещаниях, на всех встречах на уровне правительства и Государственной думы, встречах с медицинской общественностью. Это и вопросы, связанные с качеством: стандартизации, аккредитации, лицензирования, сертификации. Этой тематике было посвящено заседание правительства страны, Государственный совет, который прошел в Пензе не так давно. Эта тематика — основная, головная для реформы здравоохранения в будущем.

Не очень хорошо говорят сейчас о реформе: все-то мы делаем не так. Но мы должны помнить, что в течение последних лет по сути уже более десятилетия, мы пытались идти по нескольким направлениям. Это была попытка сохранить советское здравоохранение привычным для врачей, населения. Хотелось сохранить все его принципы: бесплатность, доступность и т.д. Но ясно, что сохранить здравоохранение в том виде невозможно.

Мы пытались адаптировать постсоветское здравоохранение к реалиям социально-экономического развития нашего нового государства. Занимаемся этим и сейчас, адаптируя имеющуюся уже систему, вернее, ее очаги (вряд ли это система). Много очень сделано за последний период: появились новые нормативные акты, появилась масса обновляющих приказов.

Но не очень хорошо у нас идет работа с законами, это одна из наших бед. Речь сегодня идет о кардинальных документах, которые должны бы-

... ясно, что сохранить здравоохранение в том виде невозможно.

Обостряются проблемы нынешнего периода, который можно назвать периодом построения, создания новой системы российского здравоохранения ...

Но не очень хорошо у нас идет работа с законами, это одна из наших бед. Речь сегодня идет о кардинальных документах, которые должны бы-

ли бы быть связаны с модернизацией, с развитием реформы, с движением вперед. Не так много можно вспомнить веховых документов, их буквально можно пересчитать на пальцах одной руки.

Это закон о медицинском страховании 1991—1993 гг., это Программа государственных гарантий и Концепция развития здравоохранения 1997 года.

Утопические воспоминания общества нами должны быть осмыслены как исторические предпосылки, но этого не произошло и до сих пор многие люди просто говорят: «верните нам бывшую систему и дайте денег, а больше нам ничего не надо».

дарственных гарантиях, он шел в пакете с законом об ОМС. Мы рассчитывали и на 2 закона связанных с расширением организационно-правовых форм, в том числе медицинских организаций.

Обостряются проблемы нынешнего периода, который можно назвать периодом построения, создания новой системы российского здравоохранения черты его нам уже ясны, понятны. Утопические воспоминания общества нами должны быть осмыслены как исторические предпосылки, но этого не произошло, и до сих пор многие люди просто говорят: «верните нам бывшую систему и дайте денег, а больше нам ничего не надо». Но вы прекрасно понимаете, что это может быть только некой предвыборной программой чьей-то и более ничем. Этого, конечно, никто не сможет сделать.

Новая система пока только формируется и прежде всего нужно понять, под что давать деньги. И вот впервые за много десятилетий, сложилась ситуация, что можно было «пойти за деньгами». Министр «пошел», но выясняется, что первая попытка была не очень удачной, потому что он натолкнулся на ответ, который мы не ожидали: «Вы сначала разберитесь что вам надо, а потом

Продолжение на стр. 3

ПРЯМАЯ РЕЧЬ

Начну с цитирования Сальвадора Дали: «...в ошибках есть нечто священное. Никогда не пытайтесь их исправлять. Напротив, дай им рациональное объяснение, пойми их вполне и всецело. После этого ты сумеешь постичь их сокровенный смысл. Геометрические предрассудки ведут к утопии...» Иррациональность его высказывания вполне рациональна.

Обеспечение качества это стратегическая задача модернизации здравоохранения — так говорили мы несколько лет подряд, так говорит сегодня Президент страны. Известно, что в настоящее время в нашей стране от последствий автокатастроф погибает в 10 раз больше пострадавших, чем в развитых странах. Речь не идет о ремнях безопасности, надувающихся подушках и антиблокировочной системе тормозов — речь о несвоевременности и некачественности медицинской помощи. Травматизм — основная причина смерти среди мужчин молодых поколений! Вопрос не столько к врачам, сколько к организаторам.

Однако с современными технологиями ситуация еще более непростая. Нигде в мире нет полной доступности новых и дорогих медицинских технологий, но в нашей стране не более 1—5% нуждающихся име-

- коронарная хирургия
- лечение острого лейкоза и трансплантация костного мозга
- критическая ишемия нижней конечности

Трудности и ошибки реализации Программы управления качеством в здравоохранении

П.А. Воробьев
ММА им. И.М. Сеченова

Тезисы выступления на открытии конференции «Управление качеством медицинской помощи: лицензирование, стандартизация, клиничко-экономический анализ» 05.12.05. Москва, Дом Ученых РАН



ют доступ к высокотехнологическим методам диагностики и лечения:

- магниторезонансная томография
- оценка рецепторного аппарата клеток
- перитонеальный и гемодиализ и трансплантация почек

них работают лишь днем, а 2/3 времени эти аппараты не функционируют. Следовательно, попадающий вечером в такую клинику с инсультом больной не получит адекватной помощи, т.к. ему во время не установят диагноза — речь идет о часах.

Обеспечение качества — это стратегическая задача модернизации здравоохранения — так говорили мы несколько лет подряд, так говорит сегодня Президент страны.

Продолжение на стр. 4

ИнтерНьюс

У ВИЧ есть лицо: молодое лицо женщины

Двое из трех человек, зараженных сегодня ВИЧ, — женщины. Более 4 тыс. заражаются ежедневно в возрасте от 15 до 24 лет, чаще всего они живут в одной из развивающихся стран. В мире каждые 14 секунд кто-то заражается ВИЧ.

С того момента, когда ВИЧ только появился, картина коренным образом изменилась: в 80-е годы это была болезнь, которая в первую очередь касалась гомосексуалистов. Однако сегодня гетеросексуальные женщины представляют собой самую большую группу риска. Особенно удручающе выглядит ситуация в регионах южнее Сахары и в регионе Карибского моря. Там риск заражения для молодых женщин в шесть раз выше, чем для мужчин. Брак никоим образом не исключает возможности заразиться ВИЧ половым путем. Последний доклад ООН «Народонаселение мира» показывает, что тихая пристань брака в том, что касается ВИЧ, является не очень надежной. Часто именно супруги приносят вирус домой. Особому риску подвергаются девочки, которых выдают замуж в детском возрасте. Для них практически не представляется возможным заставить своих мужей пользоваться презервативами — если у них вообще есть доступ к средствам предохранения. В Индии 90% ВИЧ-инфицированных женщин говорят, что до вступления в брак у них не было половых контактов и что они всегда были верны своим партнерам. Во многих развивающихся странах до сих пор недостаточно информации об этой коварной болезни: в Сомали только 26% женщин вообще слышали что-либо о ВИЧ. Очень мало женщин (менее 1%) знает, как можно предупредить болезнь и лишь у немногих есть доступ к средствам предохранения.

Источник:
Associated Press

Ходьба и занятия спортом по-разному улучшают сердечно-сосудистое здоровье, полагают японские ученые

Опубликованы результаты крупного проспективного исследования, охватившего 31023 мужчины и 42242 женщины 40—70 лет, при включении (1988—1990 гг.) не имевших в анамнезе инсульта, коронарной патологии или рака. К 1999 г. 1946 участников умерли от сердечно-сосудистых причин. Оказалось, что у самых активных физически лиц (ходьба не менее 1 ч в день, занятия спортом не менее 5 ч в неделю) вероятность смерти от ишемического инсульта, коронарных и всех сердечно-сосудистых заболеваний была меньше, чем у менее активных участников (ходьба по 30 мин в день, занятия спортом 1—2 ч в неделю): отношения рисков 0,84, 0,84 и 0,73, соответственно. Почему именно ходьба, а не занятия спортом, снижала риск смерти от ишемического инсульта? Возможно, при умеренной общей физической активности упражнения средней интенсивности более благоприятно влияют на чувствительность к инсулину, чем интенсивные занятия. Известно, что инсулинорезистентность в большей степени повышает риск ишемического инсульта, чем риск коронарной патологии.

Источник:
J. Amer. Col. Cardiol.
2005; 46: 1761-7.

СВЕТСКАЯ ХРОНИКА

5—7 декабря 2005 г. в Центральном Доме Ученых РАН прошла научно-практическая конференция «Управление качеством в здравоохранении: лицензирование, стандартизация, клиничко-экономический анализ». В работе Конференции приняло участие около 400 человек, представители более 30 регионов России.

На конференции присутствовали представители Министерства здравоохранения и социального развития РФ, Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития, органов управления здравоохранением и территориальных фондов обязательного медицинского страхования субъектов Российской Федерации, министры и заместители министров здравоохранения субъектов РФ, академики и член-корреспонденты РАМН, организаторы здравоохранения, сотрудники научно-исследовательских институтов и медицинских вузов, клинические фармакологи, практикующие врачи, представители фармацевтических компаний.



В.М. Новолодский, В.В. Власов, М.В. Авксентьева

нальному проекту в сфере здравоохранения «Первичная медико-санитарная помощь».

Всего на конференции было представлено 103 устных выступлений и 12 стендовых докладов. Тематика заседаний

Организаторы здравоохранения собрались в очередной раз



Открытое заседание Формулярного комитета на конференции

В рамках Конференции было организовано пленарное заседание, 10 секционных заседаний, 2 школы, открытые заседания Технического комитета по стандартизации и Формулярного комитета, два круглых стола, а также проведено заседание, посвященное приоритетному нацио-

включала обсуждение настоящего состояния и перспектив развития стандартизации, включая стандарты высоких технологий; клиничко-экономического анализа с конкретными примерами уже проведенных российских клиничко-экономических исследований, а также Европейский опыт; лицензирования медицинской деятельности и аккредитации; формулярной системы и др.



Интересная точка зрения...



Представители регионов на конференции

В рамках конференции было проведено общее собрание членов Межрегиональной общественной организации «Общество фармакоэкономических исследований» (МОООФИ).

Во время конференции была организована выставка с участием ведущих отечественных и зарубежных фармацевтических компаний.

Собственная информация

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!

Р.А. Хальфин. Начало на стр. 1

приходите за деньгами». Другие отрасли приходят — у них все ясно и понятно, ну вот пришел министр транспорта и просит денег, чтоб построить дорогу от Санкт-Петербурга до Москвы, 2 часа и ты там — перспектива и понятно. А под что Вы просите — не ясно, говорите, что нужен «врач общей практики», а у Вас люди выступают, что он не нужен, что это вражеская пропаганда.

Нам пришлось очень серьезно думать над Национальным проектом «Здоровье». Мы проводили массу консультаций, шло достаточно серьезно широкое обсуждение и нам удалось в числе 4 министерств получить этот национальный проект, получить средства под этот проект. И сейчас зависит от нас с вами, реализуем мы этот проект или не реализуем. Будем продолжать обсуждать: правильные или неправильные действия того или иного министра и не будем иметь перспектив в будущем. Мы иногда не понимаем того, что в единстве наша сила.

Четыре национальных проекта: образование, здравоохранение, жилье и сельское хозяйство, самый сложный проект у нас. И самый амбициозный. Но и денег на него выделено больше всего.

Нам уже пора подводить некоторые итоги: мы не получили результатов по нормальному завершению формирования законопроектов, не получили мы поддержки медицинского сообщества. Разослав несколько месяцев назад снова законопроекты по ОМС и по госгарантиям, получили 3 типа ответов: 1/3 ответила — сколько можно спрашивать про этот закон, мы вам давно уже ответили, что мы его поддерживаем, когда вы наконец уж что-нибудь сделаете. Другие ответили, что у них есть большие сомнения, как мы будем развиваться, а вот куда мы фонд ОМС засунем, а как же наш фонд, а как они объединяться будут — не конструктивные, но вопросы. Понятно, поддерживаем, но как-то давайте доработаем. А треть ответила как всегда: не слышали, не видели, не знаем, но одобряем. Грустно, но вот такой расклад, видно и в обществе расклад такой же: одна треть не слышала, одна продвинулась, одна загнивает.

Национальный проект «Здоровье» конкретен, реален, он имеет деньги, и нужно, чтоб вы, люди, которые занимаются качеством, стандартизацией, лицензированием, надзором, контролем, твердо понимали, что это за проект и для чего он нужен. Мало того, — поддерживали бы его резко и эффективно.

До сих пор ряд федеральных центров, ряд академиков не могут нам простить знаменитый 122 закон. Мы откровенно говорим о том, что мы деньги отправляем в муниципалитет. Ну, казалось бы, какое отношение имеет федеральный уровень, федеральные деньги к муниципалитетам? По распределению — никакого. Ситуация такая: вы разграничились там, ну и сидите, имейте ту помощь, которая есть — первичная, и не поднимайте вопрос больше об этом. Вот права, вот обязанности, все законы перед вами. Но мы видим, что именно в первичном звене основные проблемы, именно первичное звено не финансируется в полном объеме, и прямо скажем: там дела плохи и помощь на слабом уровне оказывается. Анализ показывает, что именно с первичного звена идут все недоработки в специализированную помощь, в областные больницы и в конечном счете попадают на федеральный уровень, на федеральную базу, более квалифицированную, но помощь там приходится оказывать достаточно банальную. Это не правильно, это нарушает основы советского здравоохранения, один из принципов — этапности.

Национальный проект, в частности, воссоздает доступность массовых видов помощи, этапность помощи и бесплатность дорогостоящих видов помощи. Поэтому в нем несколько направлений, подчеркиваю — под него есть деньги, они заложены в бюджете. Первое направление — это развитие первичного звена. Направление первое вызывает бурные обсуждения. Если есть возможность повысить заработную плату, почему это не сделать. Сколько? Можно было бы поделить всем, вот у нас есть 600 000 врачей и получили бы мы, где по 300 рублей, где — по 400. Дало бы это что-нибудь? Ничего! Можно было бы повысить всему первичному звену, не так значительно. Но очень трудно вычленишь, очень трудно закрепить все, всю систему. Остается 56 тысяч участковых врачей — терапевтов, педиатров. Мы не говорим, что не нужно повышать узким врачам или там другим работникам первичного звена, мы имеем твердое понимание как это сделать, как повысить зарплату другим категориям и механизм увеличения зарплат другим категориям тоже заложен в этот проект.

... сейчас зависит от нас с вами, реализуем мы этот проект или не реализуем. Будем продолжать обсуждать: правильные или неправильные действия того или иного министра и не будем иметь перспектив в будущем. Мы иногда не понимаем того, что в единстве наша сила.

... вот такой расклад, видно и в обществе расклад такой же: одна треть не слышала, одна продвинулась, одна загнивает.

Национальный проект «Здоровье» конкретен, реален, он имеет деньги ...

И с 1 января, конечно не размахивая саблей, контролем, стандартами, рекомендациями и т.д., с индикаторами и механизмами оценки эффективности труда и механизмами эффективности и качества оказания медицинской помощи, все это будет потихоньку внедряться.

Поражает отношение определенного числа медицинских работников, в том числе отторжение тех, кому повысят. «Именно в сравнении со мной. Как так, вот эти не очень соображающие участковые врачи будут получать 15000, а мы...». Обстановка у нас на сегодняшний день: среднему врачу на участке 52 года, сидят бабушки предпенсионного возраста. Мы хотим повысить заработную плату резко. Была мысль до 15 000. Но стали говорить, что на всех не хватит. Присчитали деньги по количеству людей.

Вторая задача: нам нужно сейчас посмотреть, кто может работать, кому можно поднять зарплату. На это — на врачей общей практики, выделяются отдельные деньги. Но пока их не выучим и не убедимся, что больные идут к ним, будем делать основной упор на поликлиники. Нашим ВУЗам дано задание по 6000—8000 ежегодно готовить врачей первичного звена для участковых служб, 42 ВУЗа участвует в этой образовательной программе и каждый ректор будет отчитываться о подготовке этих врачей.

Новый первый вице-премьер правительства Д.А. Медведев и наш министр были в Самарской области смотрели систему врачей общей практики, строительство дома для него, строительство офиса врачебной практики, обсуждали проблемы и их решение, перспективы. Тема острая, мы будем повышать зарплату, в том числе за счет повышения тарифов ОМС, и реально расчеты показывают, что процентов на тридцать повысим. Но сначала нужно повысить заработную плату именно участковым врачам.

Еще один вопрос — это оснащение первичного звена. Из 17000 организаций на первичном звене фактически 12000 амбулатории, участковые больницы. Будем их оснащать простым набором оборудования: электрокардиографы, УЗИ, рентгены, передвижные системы, флюорографы, маммографы, эндоскопическое оборудование. Все, но по определенным квотам, которые рассчитаны на население по определенной формуле. Параллельно будет оснащаться следующий элемент первичного звена — это скорая помощь: машины, средства связи, со второго полугодия повышается зарплата врачам и среднему медперсоналу скорой помощи и фельдшерско-акушерских пунктов. Все это в 2006 году. Задача одна — поднять уровень первичного звена, повысить этот уровень, повысить качество. Надзорная служба — Р.У. Хабриев, органы управления здравоохранением субъектов, муниципалитеты — все мы будем заниматься первичным звеном. И контролировать, и помогать, и обрабатывать качество.

И с 1 января, конечно не размахивая саблей, контролем, стандартами, рекомендациями и т.д., с индикаторами и механизмами оценки эффективности труда и механизмами эффективности и качества оказания медицинской помощи, все это будет потихоньку внедряться. Это только одно направление национального проекта, за которое нас в основном и критикуют: зачем отдали деньги первичному звену. Мы считаем, что правильно сделали. Если эту задачу совместно с муниципалитетами не поднимем, то надо ее теоретически видоизменить, отправлять в областные больницы и на уровень федерации.

Следующий блок, это повышение качества, объема и доступности дорогостоящей медицинской помощи. Это уже федеральный уровень. Мы эту помощь оказываем, но оказываем недостаточно. Будут вводиться листы ожидания, система направления больных на оказание этой помощи через органы управления здравоохранением субъектов Российской Федерации, начиная с первичного звена. Будут переоснащаться федеральные центры. Будут увеличиваться объемы дорогостоящей помощи, достаточно приличные деньги выделяются для того, чтобы повысить доступность. Она на сегодняшний день минимальная: мы на 17% закрываем потребность в шунтировании, на 12% в стентировании, на 6,7% — в эндопротезировании крупных суставов, хотя если спросишь, то каждый центр этим занимается.

Задача, которая поставлена на сегодняшний день перед федеральным

центром: к 2008 году в 4 раза увеличить объем для того, чтобы население получало доступную помощь, чтобы наши бабушки, дедушки, переломав шейку бедра, не лежали годами, ожидая операции. Чтобы осуществлялась в ранних стадиях профилактика сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе и оперированы были больные в ранних стадиях, чтоб не уходило на инвалидность. Прежде всего, речь будет идти о трудоспособном населении, это одна из особенностей этого проекта. В рамках этого блока будут развиваться старые центры, будут строиться новые центры.

ИнтерНьюс

Опубликованы долгожданные стандарты медицинской помощи

По 17 нозологиям (подагра, артрозы, острый цистит, абсцесс кожи, фурункул, карбункул, рожа, экзема дисгидротическая, острая, хроническая, неутонченная трещины заднего прохода, геморрой, хроническая надпочечниковая недостаточность, железодефицитная анемия, грипп, неврит зрительного нерва, системный склероз, трихомоноз, эпилепсия, системная красная волчанка, гонококковая инфекция) Минздравомсоцразвития разработаны и утверждены стандарты медицинской помощи. Эти документы содержат перечень услуг и перечень применяемых лекарственных средств для диагностики и лечения этих заболеваний в амбулаторных условиях

Источник:

Проблемы стандартизации в здравоохранении, 2005, № 5.

Потребление фруктов, в отличие от овощей, защищает от развития инсульта. Такковы результаты мета-анализа, выполненного французскими учеными

Д-р Л. Дошет (Институт Пастера, Франция) проанализировал результаты 7-ми исследований (n = 232 049). Среднее время наблюдения составило 10,7 лет, было зарегистрировано 2955 инсультов. Риск инсульта уменьшается на 11% на каждую дополнительную порцию фруктов, употребляемых ежедневно. Также вероятность инсульта уменьшалась при потреблении овощей и фруктов (относительный риск 0,95), но не при употреблении только овощей. Протективный эффект фруктов наблюдался в различных когортах — из Северной Америки, Европы и Азии, несмотря на различия в образе жизни и частоте сердечно-сосудистых заболеваний. По мнению авторов, содержащиеся в фруктах макро- и микронутриенты могут благоприятно влиять на факторы риска инсульта — гипертонию, дислипидемию и сахарный диабет. Тем не менее, эта связь может не носить причинно-следственный характер, поскольку потребление фруктов сочетается с более здоровым образом жизни.

Источник:

Neurology 2005; 65: 1193-7.

Употребление колы, а не кофе, может ассоциироваться с развитием гипертонии

Д-р В. Винкельнавер (Клиника Брайм и Женский Госпиталь, Бостон, США) проанализировали данные 155594 участниц исследования Nurses' Health Studies (NHS) I и II, исходно не страдавших гипертонией. За 12 лет наблюдения в исследовании NHS I был зарегистрирован 19541 случай подтвержденной врачом гипертонии, в NHS II — 13536 случаев. После поправки на вмешивающиеся факторы, авторы не выявили линейной связи между потреблением кофеина и гипертонией, однако после учета потребления различных видов кофеинсодержащих напитков были получены неожиданные результаты. Потребление кофе было не связанным с повышенным риском гипертонии, а потребление колы (обычной или диетической) достоверно ассоциировалось с риском повышения давления. Как объяснить этот факт предстоит уточнить в будущем.

Источник:

JAMA 2005; 294: 2330-5.

Продолжение на стр. 4

ИнтерНьюс

Отношение окружности талии к окружности бедер лучше предсказывает риск инфаркта миокарда, чем традиционно используемый индекс массы тела

По мнению д-ра С. Юсуфа (Университет МакМастер, Канада) и его коллег по исследованию INTERHEART за счет использования индекса массы тела в предшествующих исследованиях, проблема ожирения во многом недооценивалась. Авторы статьи, д-р Ш. Крагелунд (Университетская Клиника Акерхуз, Норвегия) и д-р Т. Омланд (Университет Осло, Норвегия) высказываются еще более категорично: последние результаты INTERHEART опровергают целесообразность использования индекса массы тела как критерия выраженности ожирения. Согласно результатам INTERHEART, куда вошли пациенты с инфарктом миокарда и сопоставимые по полу и возрасту здоровые добровольцы (n = 12 261 и n = 14 637, соответственно), индекс массы тела весьма умеренно коррелировал с риском инфаркта миокарда: отношение шансов, 1,44 для 5-й квинтили по сравнению с 1-ой. Сила этой связи уменьшалась после поправки на соотношение окружностей талии и бедер и теряла статистическую значимость после поправки на другие вмешивающиеся факторы. Напротив, при увеличении соотношения окружностей талии и бедер риск инфаркта миокарда заметно нарастал: отношение шансов 1,15, 1,39, 1,90 и 0,79 для 2-й, 3-й, 4-й и 5-й квинтилей, по сравнению с 1-й квинтилью, соответственно. После поправки на индекс массы тела и другие факторы риска, соотношение окружностей талии и бедер, оставались достоверными предикторами инфаркта миокарда: отношение шансов 1,75, 1,33 и 0,76, соответственно.

Источник:
Lancet 2005; 366: 1640-9.

Эксперименты открывают новые возможности преодоления этических проблем, связанных с применением стволовых клеток

Получить стволовые клетки, не уничтожая зародыши, возможно: два новых эксперимента открывают дорогу для преодоления этической преграды, блокирующей развитие этих исследований. В США ученые вынуждены работать в условиях этических запретов, наложенных на исследования, и именно оттуда и поступили сообщения. В лабораториях Технологического института Массачусетса А.Мейснер и Р. Джэниш получили эмбрион мыши при помощи технологии клонирования, а затем дезактивировали ген, отвечающий за его будущее развитие. «Успокоенный» фрагмент ДНК называется Cdx2 и необходим для формирования плаценты. Без плаценты невозможно рождение нового детеныша, а значит, разрушение этого эмбриона для извлечения стволовых клеток не означает убийства живого существа. Таким образом, это не создает проблем с этической точки зрения. Если эту практику можно будет применять на человеческих эмбрионах, то, с одной стороны, эмбрион продолжит свое развитие, с другой — единственная стволовая клетка, извлеченная из зародыша, может быть размножена в лаборатории. Извлечение одной клетки уже практикуется при диагностике перед пересадкой эмбриона «из пробирки», что позволяет убедиться, что избранный эмбрион лишен генетических дефектов.

Источник:
Associated Press

Р.А. Хальфин. Начало на стр. 1 ↗

И еще одно направление, которое я уже упомянул, — это профилактическое направление. С него фактически мы будем начинать. Это переход в работе первичного звена: кроме диспансеризации хронических больных, диспансеризация здорового населения. При этом это будет идти по двум направлениям: и через фонды ОМС и фонды федерального социального страхования, то есть общая заинтересованность двух фондов. К этому же блоку примыкает расширение национального календаря прививок. Мы пересматриваем, расширяем его, включаем в него много, вплоть до гриппа. Здесь же следующий блок ранней выявляемости, раннего скрининга на врожденные уродства новорожденных детей, расширяем и этот блок.

Еще раз подтверждаю настойчивость нашего министерства двигаться в направлении развития отрасли, готовность к обсуждению любых тем, в любом виде, и неготовность забалтывать этот вопрос...

П.А. Воробьев. Начало на стр. 1 ↗

В принципе осознание такого положения дел произошло не сегодня и не вчера. На протяжении последних 15 лет идут разговоры о необходимости обеспечения качества и доступности медицинской помощи. Поворотом от теоретизирования к практике следует признать 2002—2003 гг., когда произошло формирование и принятие Коллегией Минздрава Программы управления качеством в здравоохранении. Эта Программа рассчитана на 2003—2007 годы и включает в себя следующие основные направления развития:

- Стандартизация
- Лицензирование
- Аккредитация
- Сертификация и аттестация
- Обеспечение качества на рабочем месте

Сегодня, находясь в середине пути реализации этой программы, можно сказать, что, с од-

ной стороны, выполнено немало, с другой — не выполнено ничего. Другими словами — работа идет, но создано, из того, что должно было бы быть создано, не так много. Очевидно, что нет единой тактики в реализации поставленных задач, задачи решаются фрагментарно.

Мотивация — главный стимул прогресса. Не имея мотивации трудно рассчитывать на какой-либо успех. Вместе с тем, всеобщее равенство исключает развитие мотивации, она появляется только в условиях конкуренции. Следует отчетливо понимать, что основной элемент мотивации — экономический, однако немаловажен и дополнительный стимул — признание компетентности. Как же выглядит «мотивация» сегодняшнего дня:

- Оплачиваются посещения, койко-дни, случаи поликлинического обслуживания, что порождает заинтересованность! врачей в заболеваемости населения.
- Зарплата врача не зависит от качества его деятельности, тем более профилактика, сохранение здоровья населения для врача «не рентабельны».
- Не реализуется право выбора пациентом организации, врача: в большинстве регионов только одно медицинское учреждение или один врач — участковый, в этих условиях медицинской организации и врачу не надо совершенствовать качество — все равно к ним придут, — «никуда не денутся».

Мотивация должна стимулировать врачей на оказание качественной медицинской помощи.

Для этого необходима конкуренция в здравоохранении и реализация права выбора больным врача, экономическая заинтересованность врачей в качественной медицинской помощи. Такой подход требует радикального изменения финансирования: необходимо, наконец, прекратить «содержание», платить нужно «за работу». При этом заработная плата должна отражать стоимость произведенных услуг и затраченного на их производство труда, выполнять воспроизводственную функцию, т.е. обеспечивать не только существование врача, но и возможность продолжать деятельность (например, оплачивать учебу), стимулировать, заинтересовывать врача в увеличении как количественных показателей, так и в улучшении качества. Для реализации последнего тезиса заработная плата должна формироваться из двух составляющих: константной, зависящей от объемов выполненной работы и переменной, обусловленной качеством выполненной работы. Примеры такому подходу уже есть, например, в Чувашии ставка врача общей практики на 65% состоит из показателей «тарифной сетки, категории и стажа», а на 35 — из оплаты за качество медицинской помощи.

Если выделять «проблемные» зоны в здравоохранении, то их две: наряду с высокотехнологичными и дорогостоящи-

ми видами помощи — первичное звено. В нем работают пожилые, перегруженные, мало оплачиваемые и мало уважаемые врачи, основная их задача — послать больного на консультацию к специалисту (спихотехника), которого часто нет или ему «недосуг» («охирпатнет — острой хирургической патологии нет», квинтэссенция всей «хирургической мысли»). Давно утеряно понятие гештальтмедицины — целостное восприятие пациента: им занимаются разные специалисты, никто в целом не отвечает за его ведение. Как казус, больному назначают и выписывают сразу 3—4 ингибитора АПФ (самые популярные сегодня лекарства) без учета того, что выписал соседний консультант.

Основные задачи современного врача поликлиники — выписать рецепт, дать совет и антибиотик пациентам с респираторными инфекциями, в меньшей степени — лечение гипертонии, стенокардии, холецистита, сахарного диабета: с этим давно справляются без врача, например, биодобавками. Сегодня почти нет притока кадров в первичное звено и нет мотивации к улучшению ситуации.

Поэтому следует признать актуальным основным направлением Национальной программы на модернизацию первичного звена здравоохранения.

Высокотехнологичная помощь является, несомненно, второй важнейшей проблемой здравоохранения. Даже поверхностный анализ ситуации показывает, что высокие технологии «спрятаны» за высокими заборами НИИ, где мало коек, много врачей и современного оборудования. Доступность высоких технологий около 1—2%, а возможно и ниже, поэтому у специалистов твердая уверенность, что без работы они не останутся никогда.

Опыт работы с врачами НИИ над стандартами высоких технологий, при лицензировании медицинской деятельности показывает, что условия работы в НИИ часто хуже, чем в поликлиниках, врачи НИИ не более грамотны, чем врачи на участках (исключая узкоспециализированные вопросы). Одновременно развитие и распространение технологий не мотивированы, так как приведет к появлению конкурентов, и сотрудники НИИ не заинтересованы в изменении сложившейся в стране ситуации. Сегодня в ряде областных клиник выполняются отдельные высокотехнологичные операции, обсуждается возможность включения их в систему оплаты высоких технологий, что вызывает резкое неприятие и сарказм у специалистов «федеральных клиник».

В промежутке — специализированная и стационарная помощь, которая собирает всех, кто не лечится на участке, делает вид, что оказывает помощь — повсеместно врачи делают операции при раках без всякого понимания современных полихимиотерапевтических и лучевых подходов, осуществляют «лечение» лейкозов преднизолоном и цитостатиками без применения схем лечения, неадекватно лечат инсульт и инфаркт без применения тромболитика. Сегодня это «среднее звено» основной «потребитель» теневого ресурса в здравоохранении, так как все пациенты уверены, что, заплатив, можно рассчитывать на качественную медицинскую помощь. Наивные. Получение взяток развращает, расчет на прямые материальные стимулы в медицине неверен, «берущий» врач думает лишь о том, как ему больше взять!

Следует признать, что перед системой медицинской помощи встали глобальные проблемы. Нет внятной государственной системы развития здравоохранения, нет законов, а те, которые есть, не гармонизированы между собой. Нет понимания обществом деятельности Минздрава и других органов управления и как пример такого непонимания — то, что другие министерства всегда в оппозиции Минздраву.

Наивные. Получение взяток развращает, расчет на прямые материальные стимулы в медицине неверен, «берущий» врач думает лишь о том, как ему больше взять!

Следует признать, что перед системой медицинской помощи встали глобальные проблемы. Нет внятной государственной системы развития здравоохранения, нет законов, а те, которые есть, не гармонизированы между собой. Нет понимания обществом деятельности Минздрава и других органов управления и как пример такого непонимания — то, что другие министерства всегда в оппозиции Минздраву.

Продолжение на стр. 7 ↗

СТАНДАРТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Газета Вестник МГНОТ с №1 2006 года приступила к публикации стандартов медицинской помощи, утвержденных Минздравсоцразвития РФ, которые рекомендовано использовать при оказании медицинской помощи.

Эти стандарты мало доступны врачам.

В разработке стандартов медицинской и санаторно-курортной помощи принимали участие ведущие специалисты федеральных медицинских учреждений системы Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Российской академии медицинских наук при участии и координации отдела стандартизации в здравоохранении НИИ Общественного здоровья и здравоохранения ММА им. И.М. Сеченова, Департамента развития медицинской помощи и курортного дела и Департамента медико-социальных проблем семьи, материнства и детства Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

В стандартах использованы коды Номенклатуры работ и услуг в здравоохранении, МКБ-10.

Частота предоставления услуги или частота назначения лекарственного средства в стандарте отражает вероятность выполнения медицинской работы (услуги) или применения лекарственного средства на 100 человек и может принимать

значение от 0 до 1, где 1 означает, что всем пациентам необходимо оказать данную услугу. Цифры менее 1 означают, что настоящая услуга оказывается не всем пациентам, а при наличии соответствующих показаний и возможности оказания подобной услуги в конкретном учреждении. Среднее количество отражает кратность оказания услуги каждому пациенту.

Ориентировочная дневная доза (ОДД) определяет примерную суточную дозу лекарственного средства, а эквивалентная курсовая доза (ЭКД) лекарственного средства равна количеству дней назначения лекарственного средства умноженному на ориентировочную дневную дозу.

Разработчики: Хальфин Р.А., Шарапова О.В., Какорина Е.П., Мадьянова В.В., Ходунова А.А., Лукьянцева Д.В., Воробьев П.А., Авксентьева М.В. и др.

Стандарты писались на основе экспертного мнения о применении определенных услуг и лекарств при определенном заболевании. При этом, очевидно, стандарты могут содержать малоиспользуемые технологии и лекарства, часть необходимых лекарств может отсутствовать. В связи с этим, важным было бы выслушать мнения врачей, единственная просьба – обосновывать свои мнения доказательствами эффективности, а не ссылками на «общеупотребительность» или «так принято».

Приложение к приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 7 декабря 2004 г. № 301

СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

1. Модель пациента

Категория возрастная: взрослые, дети

Позологическая форма: Бронхиальная астма

Код по МКБ-10: J 45

Фаза: обострение легкое, средне-тяжелое

Стадия: любая (интермиттирующая (1 степень), персистирующая легкая (2 степень), персистирующая среднетяжелая (3 степень), персистирующая тяжелая (4 степень))

Осложнение: без осложнений

Условие оказания: амбулаторно-поликлиническая помощь

1.1. ДИАГНОСТИКА

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.09.001	Сбор анамнеза и жалоб при болезнях легких и бронхов	1	1
A01.09.002	Визуальное исследование при болезнях легких и бронхов	1	1
A01.09.003	Пальпация при болезнях легких и бронхов	1	1
A01.09.004	Перкуссия при болезнях легких и бронхов	1	1
A01.09.005	Аускультация при болезнях легких и бронхов	1	1
A02.09.001	Измерения частоты дыхания	1	1
A02.10.002	Измерение частоты сердцебиения	1	1
A02.12.001	Исследование пульса	1	1
A12.09.001	Исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков	1	1
A05.10.001	Регистрация электрокардиограммы	0,5	1
A05.10.007	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных	0,5	1
A12.09.002	Исследования дыхательных объемов при медикаментозной провокации	0,3	1
B01.002.01	Прием (осмотр, консультация) врача-аллерголога первичный	0,1	1
B01.037.01	Прием (осмотр, консультация) врача-пульмонолога первичный	0,1	1
A11.12.009	Взятие крови из периферической вены	0,1	1
A12.05.026	Исследование уровня кислорода крови	0,1	1
A09.05.122	Исследование уровня антител к антигенам растительного, животного и химического происхождения	0,1	1
A03.09.001	Бронхоскопия	0,001	1
A06.09.006	Компьютерная томография органов грудной полости	0,001	1

1.2. ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА 3-х ДНЕЙ

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.09.001	Сбор анамнеза и жалоб при болезнях легких и бронхов	1	2
A01.09.002	Визуальное исследование при болезнях легких и бронхов	1	2
A01.09.003	Пальпация при болезнях легких и бронхов	1	2
A01.09.004	Перкуссия при болезнях легких и бронхов	1	2
A01.09.005	Аускультация при болезнях легких и бронхов	1	2
A05.10.001	Регистрация электрокардиограммы	0,3	1
A05.10.007	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных	0,3	1
A02.09.001	Измерения частоты дыхания	1	2
A02.10.002	Измерение частоты сердцебиения	1	2
A02.12.001	Исследование пульса	1	2
A12.09.001	Исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков	1	1
A25.09.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях нижних дыхательных путей и легочной ткани	1	2
A25.09.002	Назначение диетической терапии при заболеваниях нижних дыхательных путей и легочной ткани	1	2
A25.09.003	Назначение лечебно-оздоровительного режима при заболеваниях нижних дыхательных путей и легочной ткани	1	2
B01.002.01	Прием (осмотр, консультация) врача-аллерголога первичный	0,1	1
B01.037.01	Прием (осмотр, консультация) врача-пульмонолога первичный	0,1	1
A11.12.009	Взятие крови из периферической вены	0,01	1
A12.05.026	Исследование уровня кислорода крови	0,01	1
A03.09.001	Бронхоскопия	0,001	1
A06.09.006	Компьютерная томография органов грудной полости	0,001	1
A20.09.002	Оксигенотерапия (гипер-, нормо- или гипобарическая) при болезнях легких	0,001	1

ИнтерНьюс

Попытка бросить курить оказывается успешной не более чем в трети случаев

Повысить эффективность лечения может комплексный подход в лечении этой сложной и хронической зависимости, считают ученые из Университета Калифорнии, США. Используя модель хронической болезни курения, авторы провели изучение долгосрочных эффектов антидепрессантов и психотерапии. В исследовании приняли участие 160 человек, выкуривающих 10 и более сигарет в день. Они были разбиты на четыре экспериментальные группы. Первый этап лечения в течение 8 недель прошли все пациенты. На фоне применения нортриптилина или плацебо обследуемые использовали никотиновые пластыри и получали консультации специалистов. Второй этап лечения, который продолжили только две группы, включал прием нортриптилина или плацебо в течение 52 недель, совмещенный с девятимесячной психотерапией. Через 52 недели уровень воздержания от курения у пациентов, прошедших долгосрочный терапевтический курс, был в 2,5 раза выше, чем у тех, кто прошел только первый этап лечения, и составил 56%. По мнению авторов описанные ранее методы лечения не позволяют добиться более 35% избавления от табачной зависимости. По мнению С.М. Холл полученные результаты свидетельствуют, что совмещение фармакологического и психологического подхода повышает эффективность терапии.

Источник: Vertigo.ru

Непродолжительный прием традиционных нестероидных противовоспалительных средств не повышает риск инфаркта миокарда, установили испанские ученые

Д-р Луис Гарсия Родригес и д-р Антонио Гонсалес-Перес пришли к такому выводу, проанализировав данные 4975 больных с инфарктом миокарда и 20000 здоровых лиц из группы контроля. Оказалось, что прием нестероидных противовоспалительных средств на протяжении менее года не повышал риск инфаркта миокарда, а при более продолжительном приеме риск увеличивался приблизительно на 20%, в основном за счет нефатального инфаркта миокарда. Для отдельных нестероидных противовоспалительных средств этот риск варьировал от 0,87 до 1,38. Любопытно, что при приеме напроксена риск инфаркта миокарда не повышался, несмотря на досрочное прекращение исследования APC в связи с повышенным сердечно-сосудистым риском у участников, получавших напроксен. Возможно, безопасность напроксена в испанском исследовании была обусловлена его приемом дважды в день и адекватным давлением продукции тромбоцитарного тромбосана.

Источник: BMC Med 2005; 3: 17.

Всемирная Организация Здравоохранения станет координатором всемирной кампании по борьбе с медицинскими ошибками, которые, по подсчетам Института медицины США, ежегодно являются причиной гибели около 98 тыс. жителей страны

По данным Федерального Агентства по Контролю за Пищевыми Продуктами и Лекарственными препаратами (FDA), от медицинских ошибок страдают 1,3 млн американцев в год. Первые усилия будут сконцентрированы на наиболее простых мерах, включающих «чистые руки, чистую практику, чистые продукты, чистую окружающую среду и чистое оборудование».

Источник: Фарматека (Reuters), 14 (109), 2005

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД**	ЭКД***
Средства, влияющие на органы дыхания				1	
	Противоастматические средства			0,95	
		Сальбутамол	0,5	14 мг	21 мг
		Фенотерол	0,25	300 мкг	450 мг
		Формотерол	0,05	48 мкг	72 мкг
		Формотерол + Будесонид	0,1	18/640 мкг	54/1920 мкг
		Салметерол + Флутиказон	0,1	18/640 мкг	54/1920 мкг
		Ипратропия бромид	1	1200 мкг	1800 мкг
		Аминофиллин	1	675 мг	1012,5 мг
Гормоны и средства влияющие на эндокринную систему			0,2		
	Глюкокортикоиды системные			0,2	
		Преднизолон	0,6	30 мг	90 мг
		Гидрокортизон	0,4	350 мг	875 мг
	Глюкокортикоиды ингаляционные			0,8	
		Беклометазон	0,5	600 мкг	1500 мкг
		Будесонид	0,3	400 мкг	1000 мкг
		Флутиказон	0,2	550 мкг	1375 мкг
Средства, применяемые для лечения аллергических реакций			0,01		
	Антигистаминные средства		1		
		Цетиризин	0,5	10 мг	30 мг
		Лоратадин	0,2	10 мг	30 мг
		Хлоропиримин	0,3	75 мг	225 мг

* — анатомо-терапевтическо-химическая классификация

** — ориентировочная дневная доза

*** — эквивалентная курсовая доза

Приложение
к приказу Министерства здравоохранения
и социального развития Российской Федерации
от 28 февраля 2005 г. № 170

СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ГРИППОМ

1. Модель пациента

Категория возрастная: взрослые, дети

Нозологическая форма: Грипп с пневмонией, вирус гриппа идентифицирован; Грипп с другими респираторными проявлениями, вирус гриппа идентифицирован; Грипп с другими проявлениями, вирус гриппа идентифицирован; Грипп с другими респираторными проявлениями, вирус не идентифицирован; Грипп с другими проявлениями, вирус не идентифицирован.

Код по МКБ-10: J10.0, J10.1, J10.8, J11.1, J11.8

Фаза: нет

Стадия: нет

Осложнение: без осложнений

Условие оказания: амбулаторно-поликлиническая помощь

1.1. ДИАГНОСТИКА

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.09.001	Сбор анамнеза и жалоб при болезнях легких и бронхов	1	1
A01.09.002	Визуальное исследование при болезнях легких и бронхов	1	1
A01.09.003	Пальпация при болезнях легких и бронхов	1	1
A01.09.004	Перкуссия при болезнях легких и бронхов	1	1
A01.09.005	Аускультация при болезнях легких и бронхов	1	1
A02.31.001	Термометрия общая	1	1
A11.05.001	Взятие крови из пальца	1	1
A08.05.004	Исследование уровня лейкоцитов в крови	1	1
A08.05.006	Соотношение лейкоцитов в крови (подсчет формулы крови)	1	1
A09.05.003	Исследование уровня общего гемоглобина в крови	1	1
A08.05.003	Исследование уровня эритроцитов в крови	0,1	1
A06.09.001	Рентгеноскопия легких	0,01	1
A06.09.008	Рентгенография легких	0,01	

1.2. ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА 7 ДНЕЙ

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.09.001	Сбор анамнеза и жалоб при болезнях легких и бронхов	1	1
A01.09.002	Визуальное исследование при болезнях легких и бронхов	1	1
A01.09.003	Пальпация при болезнях легких и бронхов	1	1
A01.09.004	Перкуссия при болезнях легких и бронхов	1	1
A01.09.005	Аускультация при болезнях легких и бронхов	1	1
A02.31.001	Термометрия общая	1	1
A06.09.001	Рентгеноскопия легких	0,01	1

П.А. Воробьев. Начало на стр. 1

В обществе нет общего взгляда на дальнейшее развитие — взгляды сторон радикальные и несовместимые, никто не ищет консенсуса, но нет и конструктивной профессиональной оппозиции. «Оппозиционеры» видят лишь себя во главе процессии — полно кликуш, нет никаких оформленных предложений по изменениям, никто не строит планов, программ, не дает описаний систем, не ведет дискуссий, не собирает мнений. На это нет ни желания, ни средств. Вместе с тем, очевидно, что не будет консенсуса в обществе — не будет реформ. Опять, как это уже произошло в 2005 г., не «освоим» выделенные на лекарства десятки миллиардов рублей, не реализуем вполне понятных и конкретных задач и утопим все в хоровом пении пустых споров недоброжелателей.

Кто носитель идей развития здравоохранения в обществе сегодня? Можно подумать, что министерство. Но в нем существует проблема смены министров: в России с 1991 г. работали министри (из них четверо менее года)

1. А. Воробьев, 91—92 г.
2. Э. Нечаев, 92—95 г.
3. А. Царегородцев, 95—96 г.
4. Т. Дмитриева, 96—98 г.
5. О. Рутковский, 98 г.
6. В. Стародубов, 98—99 г.
7. Ю. Шевченко, 99—2004 г.
8. М. Зурабов, 2004—?

Большая часть министров приходит без программы, без четких целей и задач и только-только успевает оглядеться за время своего «правления». Тут не до стратегии!!! При смене министра меняется и весь слой управленцев второго и третьего звена.

Важнейший «прокол» развития системы управления качеством — отсутствие и блокада аккредитации. Она идет в России без всякой нормативно-правовой базы, общих принципов и стандартов, не содержит главного — профессионализма, использует лишь административный рычаг. Актуальность этого процесса обусловлена «категорированием» учреждений и врачей, в ее основе материальный стимул: оплата врача зависит от его «категории», во многих регионах аналогично имеется дифференцированная оплата и медицинских организаций. Однако всем мерещатся в аккредитации сумки с деньгами, возможность «вливания», тогда как аккредитация — это профессиональное признание возможности качественно работать. Роль государства в аккредитации должна быть минимизирована, это оценка равных, а не проверка качества администрацией. Без аккредитации невозможно развитие конкурентной среды, формирования мотивации.

Лицензирование, проводимое на протяжении последних лет, «вскрыло» несколько проблем, однако одна из важнейших — это проблема образования. Сегодня никто не знает, какое образование нужно какому специалисту, так как существует множество документов различных лет противоречащих, а нередко и взаимоисключающих друг друга. Кроме того, Болонское соглашение предполагает сокращение числа специальностей, часов очного образования, повышение роли заочного образования, изменение форм самообразова-

Парадокс, но администрация боится, что врач будет работать по стандартам, назначать действенные лекарства.

Вместе с тем остается почти полная монополия государственного последипломного образования, образование продолжается по «профессиональному» плану, нет дополнительных междисциплинарных тем, требуемых сегодня, например экспертиза, менеджмент качества. В целом как додипломное, так и последипломное образование все больше отрывается от реальной жизни. Не замечается очевидный факт того, что сумма знаний с 1900 года удваивалась каждые 50 лет, с 1950 — каждые 10 лет, к 1970 — каждые 5 лет, а с 1990 — ежегодно. Стандарты и квалификация менеджмент не вошли в программы образования врачей, хотя, как говорится уже с 1999 года, это единственный инструмент быстрого донесения современных знаний до врачей. Впрочем, отсутствие представителей-клиницистов «высшей школы» на конференциях, посвященных управлению качеством медицинской помощи, ясное подтверждение непонимания этой группой вектора, развития отрасли.

Но главная проблема системы управления качеством — она «буксует» на уровне медицинской организации. В большинстве больниц либо нет, либо не работают формулярные комиссии (комитеты по качеству, стандартизации), не проводится клиничко-экономический анализ деятельности и технологий, практически нигде не разработаны СОПы, нет и в помине индикаторов качества на уровне организаций. Многие ли используют Протоколы ведения больных? Стандарты медицинской помощи не доводятся до сведения врачей, оседающая где-то в кабинетах заведующих отделениями. Парадокс, но администрация боится, что врач будет работать по стандартам, назначать действенные лекарства.

Возникает закономерный вопрос — а где же целевая группа модернизации? Кому нужна модернизация? Или все вышесказанное — очернительство? Или нужно снова заставлять, контролировать, репрессировать? Где неравнодушные, понимающие, стремящиеся? Честно говоря, ответ повисает в воздухе...

На самом деле мы наблюдаем агонию «профессиональной» модели управления, которая ориентирована на развитие «самого себя». Необходим переход, и он произойдет скоро, как бы не сопротивлялся «материал», на «индустриальную» модель управления, ориентированную на конечный результат, на «продукцию» — на больного. Именно отсутствие «фокуса на пациента» и ведет к консервации вышеописанной ситуации.

Друзья, общество должно найти в себе силы, разум, желание, «определить» группу энтузиастов, точку опоры. Общество — это мы! Какие мы, такое и общество. В качестве одного из шагов, направленных на решение многих описанных выше проблем, следует признать написание «Медицинского кодекса», в котором найдет отражение не только система здравоохранения, как в «Основах законодательства о здравоохранении» и всех «медицинских» законах, но и взаимодействие системы с больным, его ответственность за свое здоровье, вопросы финансирования, в том числе — медицинское страхование и соплатежи населения и т.д. Именно отсутствие полноценного законодательства позволяет цвести у нас пышным цветом БАДам, приборам, излучающим нейтрино или волны, воздействующие на хромосомы, другим антинаучным, но коммерчески выгодным направлениям.

ПРОТОКОЛЫ МГНОТ

является серьезным осложнением, которое может привести к внезапной смерти.

В докладе приведены результаты многолетнего наблюдения за пациентами с сочетанием поражения брахиоцефальных артерий и пароксизмальными нарушениями ритма сердца. Всем пациентам были выполнены различные реконструктивные операции на брахиоцефальных артериях, что привело в отдаленном периоде к снижению показателей летальности. Кроме того, реконструктивные сосудистые операции у больных с сочетанием поражения брахиоцефальных артерий и пароксизмальными нарушениями ритма сердца в отдаленном периоде не только улучшают неврологический статус, но и способствуют положительной динамике в течении аритмий.

Вопросы В.М. Емельяненко:

Вопрос: Каким было состояние коронарного кровотока у пациентов с брахиоцефальными стенозами, всем ли вы проводите коронарографию?

Ответ: Тяжесть ИБС соответствовала возрастной группе, из исследования не исключались больные с коронарной недостаточностью. Коронарографию мы стали делать всем пациентам лишь в последние 2 года, ранее основывались на клинических данных.

Вопрос (проф. Р.М. Заславская): Как Вы объясняете антиаритмический эффект вмешательства в мозговое кровообращение?

Ответ: Нормализация мозгового кровотока снимает патологическую импульсацию, которую подавал ишемизированный мозг миокарду. Это мы наблюдаем у больных в остром периоде мозгового инсульта — в начальной стадии практически у всех больных фиксируем различные нарушения ритма, затем это уходит.

Вопрос: Какова была степень брахиоцефального стеноза у оперированных больных?

ПРОТОКОЛ ПЛЕНАРНОГО ЗАСЕДАНИЯ МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ от 24.03.2004 г.

Председатель: член-корр РАМН, профессор Е.Е. Гогин

Секретарь: к.м.н. Е.Н. Кочина

Повестка дня:

1. Брахиоцефальные стенозы: клиника, диагностика, лечение. Проф. В.М. Емельяненко, к.м.н. А.Э. Васильев, С.Г. Родина, д.м.н. Л.А. Кофаль, к.м.н. Г.А. Локтев (Мед. служба ВМФ России, Владимирская ОКБ).

2. К.м.н. А.Э. Васильев. Клиническая демонстрация.

Стенозирующе-окклюзирующие процессы в ветвях дуги аорты практически в половине случаев инициируют ишемическое поражение головного мозга. Ежегодно в России регистрируется около 400000 новых больных с инсультами, причем у 80% из них развиваются ишемические инфаркты мозга. В 30-50% случаев причиной развития ишемического инсульта и других форм сосудисто-мозговой недостаточности является стенотическое и окклюзирующее поражение ветвей дуги аорты, чаще атеросклеротического происхождения.

Важной проблемой при поражении брахиоцефальных артерий является возникновение и прогрессирование различных форм нарушений ритма сердца. На фоне гемодинамически значимого стенозирующего поражения сосудов головного мозга даже преходящее изменение сердечного ритма может вызвать дополнительное ухудшение мозгового кровотока. В свою очередь, возникновение аритмий в ближайшем послеоперационном периоде у больных после реконструктивных операций на брахиоцефальных артериях

ИнтерНьюс

Медицинские сестры получают право выписывать рецепты

Министр здравоохранения Великобритании П. Хьюит дала мощное расширение клинического статуса медицинских сестер, обещав опытным сестрам дать право выписывать почти любой препарат из национального формуляра для лечения любого типа заболеваний. Это исторический шаг, сметающий демаркационный барьер между врачами и медицинскими сестрами. Проект законодательства, позволяет медицинским сестрам в Англии лечить все заболевания, включая постановку диагноза, выписывание рецепта и мониторинг его состояния без наблюдения врача. Аналогичное право выписывания рецептов будет дано фармацевтам.

Решение госпожи Хьюит вызвало бурные споры. Представители Королевского Колледжа Медицинских Сестер (ККМС) ликовали. Однако оно было резко осуждено Британской Медицинской Ассоциацией. Х. Мелдрум, председатель Ассоциации терапевтов, сказал: «Хотя мы поддерживаем возможность специально подготовленных медицинских сестер и фармацевтов выписывать ограниченный круг лекарств, мы считаем, что только врачи обладают необходимой диагностической и лечебной подготовкой, которая позволяет им иметь доступ ко всему списку лекарств для лечения всех болезней. Это решение остро ставит проблемы безопасности пациента. Подготовка медицинских сестер не эквивалентна пяти- или шестилетнему обучению, который получает любой врач». Госпожа Хьюит: «Медицинские сестры и фармацевты, пройдя дополнительный курс подготовки, смогут выписывать почти все лекарства для любых целей, за исключением некоторых контролируемых лекарств, например, диаморфина. С весны 2006 года, медицинские сестры, имеющие как минимум трехлетний стаж работы, могут поступить на такие курсы, если у них будет рекомендация медицинского учреждения. Этот дополнительный курс обучения будет длиться не менее 38 дней. Расширение означает, что медицинские сестры, специализирующиеся на уходе за больными сахарным диабетом и ишемической болезнью сердца смогут назначать лекарства своим пациентам независимо. Фармацевты получат возможность назначать лекарства жителям своего микрорайона, например, для контроля артериального давления или при диабете. «Это снимет напряжение с терапевтов, давая им возможность сконцентрироваться на более сложных случаях и для обеспечения большей доступности медицинской помощи. Это означает, что молодой человек, желающий контролировать свою астму, или терминально больной пациент, получающий лечение на дому, скоро получат возможность более быстрого и удобного доступа к лекарствам. Это еще один шаг в направлении истинного, «ориентированного на пациента», Национально здравоохранения», — добавила она.

Медицинским сестрам было дано право выписывать некоторые лекарства уже в 2002 году, чтобы помочь им справиться с небольшими травмами, для оздоровительных процедур и при паллиативном лечении. Этот список был расширен до 240 позиций в мае этого года. М. Гриффитс, советник ККМС по вопросам выписывания лекарств, говорила, что старый ограниченный список не включал новейших лекарств. «Мы просили об этом в течение 20 лет. Речь не идет о том, чтобы быть врачом. Речь идет о том, чтобы быть «макси-сестрой», а не «мини-доктором». Вполне вероятно, что десятки тысяч медицинских сестер получат возможность выписывать лекарства в течение следующих нескольких лет, добавил он. Представитель Королевского Фармацевтического Общества сказал, что наделение их членов правом выписывания лекарств поможет пациентам получить лечение, в котором они нуждаются, и в вечерние часы, и выходные дни, когда поликлиники закрыты.

Источник:

«Гардиан» 10 ноября 2005 г.

ИнтерНьюс

Уровни С-реактивного белка практически не дают дополнительной информации, по сравнению с традиционной оценкой сердечно-сосудистого риска

Д-р Питер Вильсон и его коллеги (Медицинский Университет Южной Каролины, Чарльстон), на основе данных Фрамингемского исследования, оценили прогностическую роль уровней С-реактивного белка у 1949 мужчин и 2497 женщин. В этой группе было зарегистрировано 283 основных сердечно-сосудистых события, в том числе инфаркт миокарда, сердечно-сосудистая смерть, инсульт, фатальный инсульт. Число случаев инфаркта миокарда и сердечно-сосудистой смерти составило 160. Как традиционные факторы риска, так и СРБ были связаны с повышением риска основных сердечно-сосудистых событий. При уровнях С-реактивного белка выше 3 мг/л относительный риск достигал 1,60, однако после поправки на возраст и пол, он терял статистическую значимость после поправки на другие вмешивающиеся факторы. Прогностическая значимость традиционных факторов риска не повышалась при добавлении к модели уровней С-реактивного белка.

Источник:
Arch Intern Med
2005; 165: 2473-8.

Периодическое ощущение головокружения относится едва ли не к самой частой жалобе больных в медицинской практике

Перед врачом стоит нелегкая задача в оценке субъективных симптомов. Эти трудности нашли свое отражение в том, что часто лечение проводят эмпирически в отсутствие точного диагноза. Падения являются распространенным последствием головокружения. Частота падений у лиц старше 65 лет увеличивается на 30%, старше 70 лет — на 35%, старше 75 лет — на 40%. Из тех, кто упал в текущем году 60—70% вновь упадут в течение последующих 12 мес. Падения сопровождаются переломами шейки бедра, уменьшают продолжительность жизни и рассматриваются как один из основных неблагоприятных прогностических факторов. В своей статье д-р В. Толмачева описывает особенности постурального фобического головокружения у пожилых и методы лечения, в частности бетасерком.

Источник:
Клиническая геронтология,
2005, № 8.

Расходы рядовых американцев на борьбу с избыточным весом за последние 15 лет возросли в 10 раз и достигли в 2002 году 36,5 млрд долларов

Изучив данные 28000 пациентов, обращавшихся за медицинской помощью в системе социального страхования, исследователи пришли к выводу, что в 2002 году проблемы ожирения заняли первое место среди 10 наиболее распространенных причин обращения к врачу, обогнав такие заболевания, как артриты, бронхиальная астма, сахарный диабет и даже болезни сердца. По данным американского Центра по контролю и предотвращению заболеваний (CDC), ожирением страдает около 30% граждан США — более 60 млн человек.

Источник:
Mednovosti.ru

Ответ: В среднем, 70—80%, но у всех более 50%. Это были не просто гемодинамически значимые стенозы, а неврологически проявившие себя, чаще, транзиторными ишемическими атаками;

Вопрос (проф. Е.Е. Гогин): У какого процента пациентов была гипертоническая болезнь?

Ответ: Две трети пациентов имели артериальную гипертензию, но чаще мягкую;

Вопрос (проф. Е.Е. Гогин): Какая неврологическая симптоматика при нарушении кровообращения в вертебробазиллярном бассейне или в бассейне сонных артерий? Влияет ли это на аритмические проявления?

Ответ: Статистически мы не разделяли.

Вопросы А.Э. Васильеву:

Вопрос (Проф. Р.М. Заславская): С какими осложнениями и неудачами Вы столкнулись?

Ответ: Осложнения были на начальном этапе работы — 3 интраоперационных инсульта, 1 смерть в раннем послеоперационном периоде от ишемического инсульта. Всего в течение 7 лет погибли 9 пациентов;

Вопрос (Т.В. Шишкова): На какие сутки отмечалась динамика аритмий?

Ответ: При суточном мониторинге — уменьшение числа желудочковых экстрасистол на 3-й неделе;

Вопрос: Какую антиагрегантную и гипотензивную терапию получали пациенты?

Ответ: На начальном этапе работы (7 лет назад) — курантил и аспирин. Сейчас клопидогрел и аспирин. Ингибиторы АПФ и другие гипотензивные препараты — по состоянию артериальной гипертензии. Аналогичную терапию получали пациенты в контрольной группе;

Вопрос: Получали ли пациенты антиаритмическую терапию до и после операции?

Ответ: Да, но одним из показаний к операции была неэффективность антиаритмической терапии;

Вопрос: У какой части больных после операции нормализовался сердечный ритм?

Ответ: В 36% случаев значительное снижение желудочковых экстрасистол, уменьшение их класса. Нормализации ритма мы не наблюдали;

Вопрос: Не было ли отрицательной динамики стеноза коронарной артерии после операции?

Ответ: Есть лишь эмпирические наблюдения, статистически мы их пока не обработали;

Вопрос: Использовался ли плазмаферез в до- и послеоперационном лечении?

Ответ: Плазмаферез мы стали использовать в последние годы, но в данное сообщение вошли пациенты, лечение которых закончено в 2000 г;

Вопрос: Были ли пациенты с воспалительными изменениями артерий (гигантоклеточный височный артериит, болезнь Такаюсу)?

Ответ: Были, но в данное исследование они не вошли. У таких пациентов часты рестенозы. Есть 1 положительный случай наблюдения в течение 3 лет пациента с неспецифическим артериитом, которому выполнили одномоментно двустороннюю пластику подключичных артерий;

Дискуссия:

1. Проф. Р.М. Заславская: Прослеживается стратегия общества терапевтов — объединять терапевтические и хирургические взгляды на решение проблемы. Терапевты часто встречаются с данной патологией, они чаще называют ее «брахиоцефальными синдромами», но не вникают в анатомию сосудистых нарушений. Хотя иногда достаточно провести пальпацию сосудов, чтобы выявить стеноз. Огром-

ное значение имеет суточное мониторирование амплитуды артериального давления для выявления риска мозговых катастроф.

2. Проф. Е.Е. Гогин: Комментируя сегодняшние выступления, хотелось затронуть вопрос классификации. Мы, говоря об артериальной гипертензии, подразумеваем гипертоническую болезнь. Мы говорим «ишемическая болезнь сердца», подразумевая, что «инфаркт миокарда» может быть и не на почве атеросклероза коронарных артерий. И сегодня поднимался вопрос о Такаюсу, других поражениях артерий, но они вышли за рамки статистических выкладок. Нас интересуют причинно-следственные отношения, а не только параллелизм и корреляции. Докладывали объективизированные материалы, некоторые вопросы остались без ответа на данном этапе исследований. Интересные, несколько необычные данные о влиянии брахиоце-



На пленарном заседании МГНОТ

фальных стенозов на нарушения сердечного ритма. То, что поражение брахиоцефальных и коронарных артерий очень часто прямо пересекаются, мы знаем. На одном этапе возникают коронарные осложнения, на каком-то другом — мозговые инсульты. Мы нередко забываем, что кровообращение мозга и коронарное осуществляются по-разному. Мозговое объединено в кольца, а коронарное имеет строгий сектор. Это имеет прямое отношение к возникающим осложнениям. Не зря сейчас перешли от термина «дисциркуляторная энцефалопатия» к термину «гипертоническая энцефалопатия».

Поражение головного мозга не так тесно связано с атеросклерозом. Энцефалопатии, которые заканчиваются деменцией, транзиторные ишемические атаки, симметричные лакунарные инфаркты белого вещества зависят от изменений тех сосудов, которые атеросклерозом, по существу, не могут поражаться. Все зависит от гипертрофии интимы медиа этих мелких артерий и насколько изменено соотношение просвета сосудов и их толщины.

Другое дело в коронарных артериях, когда одна атеросклеротическая бляшка может вызвать инфаркт миокарда. Поэтому, когда человек перенес инфаркт миокарда, еще нет оснований говорить о гипертонической болезни 3 стадии.

Некоторое число инсультов, более тяжелых, возникает из-за атеросклеротических изменений основных стволов, бляшки легко ранимы, возникают заносы в мозговые сосуды.

Изменения со стороны церебральных сосудов несомненно влияют на сердечный ритм. Очень интересен механизм, как формируются эти причинно-следственные отношения. Мы знаем параллелизм между изменениями сонных артерий и гипертрофией миокарда. Это результат влияния одной и той же глубинной причины на 2 органа-мишени. А в отношении брахиоцефальных сосудов и аритмий докладами представлены причинно-следственные отношения. Это чрезвычайно интересное сообщение.



ОСТЕОАРТРОЗ: ПРОБЛЕМА ГЕРИАТРИИ

2004 г.

В. В. Цурко

Издательство «Ньюдиамед»

Обсуждаются современные схемы лечения и комплексы обоснованной терапии остеоартроза с перспективой использования препаратов, модифицирующих структуру хряща, а также вопросы профилактики заболевания. Книга предназначена для врачей-терапевтов, геронтологов, ревматологов, а также для студентов старших курсов и слушателей системы ФППО.

КЛИНИЧЕСКИЙ РАЗБОР

Болезнь отложения кристаллов кальция пирофосфата дигидрата (БКПД) в медицинской литературе известна под тремя названиями: «псевдоподагра», «хондрокальциноз» и «пирофосфатная артропатия». Она встречается в основном у пожилых людей.

Существует несколько гипотез патогенеза данного заболевания. Установлено, что образование кристаллов пирофосфата начинается в зоне приле-

дений, сопровождающиеся рецидивированием болей в коленных суставах. Настоящее ухудшение в течение недели, когда появились вышеперечисленные жалобы.

При осмотре правый коленный сустав припухший, при пальпации болезненный; при пальпации задних заворотов обоих коленных суставов обнаруживаются образования — формирующиеся кисты Бейкера. Другие суставы практически не изменены. В лабораторных анализах — умеренный лейкоцитоз ($13,2 \times 10^9/\text{л}$) с незначительным сдвигом формулы влево (палочки — 7, сегменты — 68, лимфоциты — 18, моноциты — 7) при нормальном значении РОЭ (3 мм/час). Таким образом, симптомы воспаления носят умеренный характер и практически не отражаются на показателях крови.

Решающим исследованием при дифференциальной диагностике, позволяющим верифицировать диагноз хондрокальциноза, является рентгенологическое исследование. На рентгенограмме коленных суставов у больного было выявлено отложение кристаллов кальция в хряще обоих коленных суставов (рис.).

Патогенетических методов лечения заболевания не существует:

данному пациенту показано симптоматическое лечение: разгрузка коленных суставов путем уменьшения физической нагрузки на них и прием нестероидных противовоспалительных препаратов (например диклофенака).

А.А. Доркина

клинический ординатор кафедры гематологии и гериатрии ФППО ММА им. И.М. Сеченова

ХОНДРОКАЛЬЦИНОЗ: болезнь нарушения кальциевого обмена

гающей непосредственно к мембране хондроцитов. Образование и накопление кристаллов пирофосфата может быть результатом как повышенного локального уровня кальция, так и изменений в перичеселлюлярном матриксе, приводящих к перенасыщенности присутствующего здесь пирофосфата кальция. Возможна комбинация этих факторов. Типичными морфологическими признаками, предшествующими минерализации хряща в ростовой пластинке кости, являются гипертрофия хондроцитов и их усиленный апоптоз. Однако до настоящего времени точный механизм, приводящий к формированию и накоплению кристаллов пирофосфата кальция в гиалиновом хряще, неясен.



Отложение солей кальция в хрящевой ткани коленного сустава

Данное заболевание рассмотрено на реальном клиническом примере из практики врача-терапевта. **Больной Н., 67 лет**, обратился к врачу с жалобами на умеренные боли в коленных суставах, больше справа, с незначительным увеличением в объеме за счет отечности, ограничением подвижности суставов. При опросе больной акцентировал внимание на наличие в анамнезе периодических переохлаж-

ИнтерНьюс

Неосложненная инфекция мочевых путей лечится за 3 дня

В прошлом для лечения неосложненной инфекции мочевых путей рекомендовался 7-дневный курс терапии антибиотиками. Было отобрано 32 рандомизированных исследования, включающих в общей сложности 9605 больных.

Показано, что при неосложненной инфекции мочевых путей 3-х дневная антибактериальная терапия обладает такой же клинической эффективностью, как и 5—10-ти дневное лечение. В то же время более длительные курсы лечения помогают достичь более эффективного бактериологического излечения. Несмотря на более высокую частоту развития побочных эффектов, антибактериальная терапия в течение 5—10 дней должна проводиться в тех случаях, когда эрадикация возбудителя принципиально важна.

Источник:

Международный журнал медицинской практики № 4, 2005.

Клинические факторы влияющие на отдаленные результаты кардиохирургического лечения пациентов с приобретенными пороками сердца

Сердечная недостаточность: 6-летняя летальность от нее составляет 20%, а не развивается она в течение 6 лет лишь у 60% прооперированных.

Тромбозомболия: частота встречаемости при многоклапанном протезировании колеблется от 0,8 до 4 пациенто-лет, а при митральном протезировании — 1—6,6 пациенто-лет.

Нарушения ритма сердца: даже при постоянной антиаритмической терапии синусовый ритм сохраняется в течение 1 года только у 50% больных, а без таковой лишь у 30%.

Инфекционный эндокардит: протезный эндокардит встречается у 0,7—0,8% больных преимущественно в первые 2—3 года после операции.

Паравальвулярные фистулы частота этого осложнения колеблется от 0,1 до 15 пациенто-лет.

Выраженной легочная гипертензия сопровождается ростом операционной и ранней послеоперационной летальности до 11,6%.

Нарушений функции клапана протезов в большинстве случаев имеет неблагоприятный прогноз и встречается в пределах от 0 до 11,7%.

Пола женщины в большей степени подвержены фатальному разрыву аорты, что согласуется с более частым выявлением у них до операции патологии корня аорты. Анализ отдаленных (19 лет) результатов изолированного протезирования митрального клапана у 440 пациентов выявил четкую зависимость между полом и отдаленной летальностью от всех причин, а также с летальностью связанной с клапаном (у женщин она выше).

Источник:

Российский кардиологический журнал, 2005, № 5.

Антиреклама

Уважаемый Павел Андреевич!

К Вам обращается Самарский региональный центр по контролю неблагоприятных побочных реакций. Так как организационно-методическая работа Федерального Центра по контролю побочных реакций оставляет желать лучшего, то мы решили направить Вам накопленную за время работы информацию в надежде, что она все же окажется для кого-то необходимой.

Сообщаем, что к нам за период с 2004 г. по июнь 2005 г. поступили карты-извещения с информацией о выявленных случаях неблагоприятного действия или отсутствия ожидаемого эффекта при применении препаратов для лечения больных в стационарных ЛПУ Самарской области, а также по программе дополнительного лекарственного обеспечения. Всего за указанный промежуток времени получено 39 карт-извещений о неблагоприятных побочных реакциях. По нашему мнению, стоит обратить особое внимание на ниже перечисленные препараты:

Карбамазепин (карбамазепин), табл. 200 мг № 50, производитель Брынцалов ЗАО, Россия — учащение эпилептиформных приступов на фоне приема препарата — **2 случая;**

Карбамазепин-Акри (карбамазепин), производитель Акрихин ЗАО, Россия — на фоне приема препарата появление тошноты, слабости, головокружения — **1 случай**, ухудшение состояния, учащение эпилептиформных приступов — **1 случай**, возникновение аллергической реакции — **1 случай;**

Трисон (тиоридазин), табл. 25 мг № 60, производитель Верофарм ЗАО, Россия — зуд кожных покровов на фоне приема препарата — **2 случая;**

Тимолол-Лэнс (тимолол), производитель «Лэнс-фарм», Россия — выраженные явления жжения, рези в глазах, отек конъюнктивы, отсутствие ожидаемого терапевтического эффекта — **22 случая.**

Тренпентал (пентоксифиллин), р-р для инъекций, производитель Брынцалов ЗАО, Россия, — на фоне приема препарата отмечены выраженные тошнота, рвота, головная боль и головокружение — **3 случая;**

Циоотобрим (пирарцетам), производитель Брынцалов ЗАО, Россия, — категорический отказ от приема препарата в связи с недоверием пациента к фирме-изготовителю — **1 случай;**

Метоклопрамид (метоклопрамид), производитель Брынцалов ЗАО, Россия, — категорический отказ от приема препарата в связи с недоверием пациента к фирме-изготовителю — **1 случай;**

Манигид (глибенкламид), производитель Брынцалов ЗАО, Россия, — выраженное повышение глюкозы крови — отсутствие ожидаемого терапевтического эффекта — **4 случая;**

Метопролол-Акри (метопролол) производитель Акрихин ЗАО, Россия — на фоне приема препарата появились тошнота, слабость, головокружение — **1 случай;**

Р-тироксин (левотироксин натрия), производитель Акрихин ЗАО, Россия — на фоне приема препарата произошло ухудшение состояния — показателей уровня ТТГ — **1 случай**, появление тошноты, слабости — **2 случая.**

Если Вы заинтересованы и впредь в такого рода информации, просим откликнуться на наше письмо

С уважением и надеждой на сотрудничество руководитель Центра Спектор А.В., врач клинический фармаколог Центра Селиверстова Е.В.

Глубокоуважаемые доктора А.В. Спектор и Е.В. Селивестрова!

Представляется важным обнаружение такого рода информации и для врачей, и для производителей. Собирать и держать информацию в сейфе нельзя! Ясно, что такая информация не является объективной, всегда можно найти сто причин для объяснения тех или иных осложнений в каждом конкретном случае. Но если информацию публиковать, то ее можно будет обобщать, делать какие-то выводы, включая и организационные в отношении тех или иных производителей лекарств и выпускаемых ими препаратов. Публикации, возможно, потянут за собой отклики из других клиник, наблюдения. Поэтому, считаем важным открыть в нашей газете рубрику: «Побочные эффекты». Конечно, нельзя признать побочным действием отказ пациента от приема лекарства «в связи с недоверием пациента фирме-производителю», хотя это и симптоматично. Редколлегия Вестника МГНОТ благодарна Вам за письмо и ждет новых сообщений.

Главный редактор П.А. Воробьев

Сопредседатели секции:

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

Программа заседания:

1. Круглый стол
2. Обсуждения
3. Доклад спонсоров

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

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

SCHWARZ PHARMA

SHWARZ PHARMA AG
Россия, Москва,
Ул. Усачева 33/2, стр. 5
Тел. +7 (495) 9330282
Факс +7 (495) 9330283
www.schwarzpharma.com
www.medi.ru



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.

Острое вестибулярное головокружение проявляется быстрым развитием ощущения движения (вращения, кружения, падения или раскачивания) собственного тела или окружающих предметов; оно часто сопровождается тошнотой, рвотой, нарушением равновесия, нистагмом и усиливается при изменениях положения головы. Вестибулярное головокружение представляет одно из распространенных неврологических расстройств и часто служит поводом экстренной госпитализации в неврологическое отделение больницы.

больниц, выявляются поражения внутреннего уха: доброкачественное позиционное головокружение, вестибулярный нейронит, периодическая периферическая вестибулопатия или болезнь Меньера. Установлению диагноза у таких пациентов помогает отоневрологическое обследование.

В настоящее время многим пациентам, госпитализированным с острым вестибулярным головокружением, необоснованно (без подтверждения диагноза данными компьютерной или магнитно-резонансной томографии головы) ставится диагноз церебрального гипертонического криза или инсульта. Значительное повышение артериального давления в период головокружения представляется некоторым врачам достаточным основанием к предположению о сосудистом поражении головного мозга как причине вестибулярного головокружения. Однако регистрация

ОБЩИЙ АНАЛИЗ

от В.А. Парфенова

ОСТРОЕ ВЕСТИБУЛЯРНОЕ ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ

Причиной острого вестибулярного головокружения могут быть как инсульт и другие неврологические заболевания, так и различные патологические процессы в области внутреннего уха. Прогноз и тактика ведения больных с острым вестибулярным головокружением определяются его причиной.

В случаях инсульта в вертебрально-базилярном бассейне, помимо острого вестибулярного головокружения, отмечаются и другие неврологические симптомы, характерные для поражения головного мозга, что позволяет отличить их от поражений внутреннего уха или вестибулярной порции слухового нерва, проявляющихся только изолированным вестибулярным головокружением. Однако у больных пожилого возраста, имеющих факторы риска развития инсульта, в случае развития даже изолированного вестибулярного головокружения необходимо провести магнитно-резонансную томографию головы, чтобы инсульт исключить.

В большинстве случаев острого вестибулярного головокружения, послужившего поводом экстренной госпитализации в неврологические отделения



повышения артериального давления в период головокружения не означает, что подъем артериального давления представляет непосредственную причину развития головокружения. В большинстве случаев повышение артериального давления обусловлено стрессовой ситуацией, вызванной возникновением сильного головокружения, экстренным обращением за медицинской помощью и госпитализацией.

Правильный диагноз помогает правильному выбору терапии — то ли лечить инсульт, то ли снизить давление, то ли, что бывает чаще, назначить бета-серк.

Книги издательства «НЬЮДИАМЕД» можно приобрести:

- магазин «Дом медицинской книги» — метро «Фрунзенская»;
- магазин «Московский дом книги» — метро «Арбатская»;
- магазин «Книга и здоровье» — метро «Беговая»;
- заказать через электронный магазин медицинской литературы <http://www.zdravkniga.net/>;
- в издательстве по тел.: (095) 118-74-74,
E-mail: mtpndm@dol.ru

Как получить нашу газету?

Заполните купон, и газета будет приходить к Вам. В газете публикуются материалы, статьи по важнейшим вопросам современной медицины, исторические очерки, прямая речь выдающихся врачей современности, информация о работе общества (расписания Пленарных заседаний, различных секций и приглашения для участия в секциях), отчеты о пленарных и секционных заседаниях.

Вы можете передать для внесения в базу данных сведения не только о себе, но и о своих друзьях — московских докторов, а также врачах из других регионов:

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

Купон высылайте в конверте по адресу:

115446, Москва, Коломенский пр., д. 4, ГКБ № 7, кафедра гематологии и гериатрии.

Газета высылается БЕСПЛАТНО

Приглашение

**«Инфаркт
миокарда:
вчера, сегодня,
завтра»
(памяти В.Г. Попова)**

16 февраля 2006 года
Начало в 17.00
Вход по приглашениям

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

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

РЕДАКЦИЯ: Главный редактор П.А. Воробьев

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

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

Газета распространяется среди членов Московского городского научного общества терапевтов бесплатно

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

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

Отдел рекламы (495) 729-97-38

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