



ВЕСТНИК МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО

МОСКОВСКИЙ ДОКТОР

Июнь 2006

№ 12 (29)

НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ

Кажется, что в последнее время взаимоотношения врача и фармацевта очень испортились, можно даже сказать, совсем исчезли. Вместе с бланками формы 107-у, вместе с экстермпоральной рецептурой, вместе с совместными конференциями и пятиминутками. В итоге единственным посредником между аптекой и врачом выступает именно пациент, а ведь у него и своих проблем хватает. Многие врачи считают, что прибыль — вот что движет фармацевтами. А что думают фармацевты?

Моя собеседница, опытный фармацевт, работающий в обычной московской аптеке, Елена Александровна Винская.

— Мнение о том, что фармацевтами движет исключительно прибыль, очень широко бытует и среди врачей, и среди пациентов. Очень много среди провизоров и фармацевтов на самом деле хороших специалистов, которые крайне внимательно относятся и к пациентам, и к назначениям препаратов, руководствуясь с одной стороны соображениями этики, а с другой тем, что хороший совет и хорошее впечатление гораздо выгоднее аптеке, чем одномоментная продажа дорогого препарата.

Что касается исчезновения из обихода рецептов, то, начав работать в аптеке в конце 90-х, была свидетелем того, как форма 107-у исчезла из обихода именно с подачи врачей: больные приходили с подписанными врачами списками, и попытка отправить их за рецептом обратно к врачу сопровождалась не только недовольством больного, но и последующим выговором со стороны главврача соответствующей поликлиники. Очень часто фармацевты просто **ВЫНУЖДЕНЫ** отпускать рецептурные препараты без рецепта, потому что последний вымер как таковой. Какова функция рецепта сегодня? Пациент получит готовую лекарственную форму, нет необходимости латынью скрывать от него наименование лекарства, и, в сущности, рецепт сегодня — это просьба к фармацевту: возьми с полки и дай моему больному то-то и то-то. В такой ипостаси разницы между списком и рецептом нет. Разница появляется при льготных рецептах, рецептах для препаратов особых групп и пр.

Почему врач не чувствует ответственности, когда делает назначение? Не говоря уже о неправильно оформленных рецептах. Особенно рецепты для пожилых людей, инвалидов. Язык не поворачивается отправить их обратно к врачу, зная, что ему предстоит заново простоять очередь в регистратуру, затем к врачу, а потом опять вернуться в аптеку. Страшно говорить, но доверие у пациентов к врачам все ниже и ниже. Приходит посетитель в аптеку, спрашивает, что есть от «давления». Объясняешь, что нужно померить давление, нужно пройти обследование, нужно идти к врачу, он сделает Вам назначение, а потом к нам. Ответ посетителя: «А вы здесь зачем?». Отсутствие цепочки взаимодействия врач—пациент—провизор формирует порочный круг недоверия к медицине и в целом снижает качество медицинского и фармацевтического обслуживания.

В последнее время на уровне аптечного звена происходит увеличение количества некомпетентных «специалистов», компрометирующих звание провизора. Ведь заметить такую ошибку, как фармакологическая несовместимость, — это обязанность провизора. Провизор, работающий у первого стола, это не просто человек в белом халате, с улицы, который механически выдал по просьбе клиента какую-нибудь коробочку, это специалист, который отвечает, как и врач, за жизнь человека. Взяв в руки рецепт, он обязан провести его фарм. экспертизу и в случае обнаружения ошибки обязан аннулировать рецепт, зарегистрировать его как неправильный, связаться с врачом и т. д. Но что мы видим на практике? С таким подходом к работе нас (прови-

ПРОВИЗОР ВРАЧУ ТОВАРИЦ И БРАТ

зоров) скоро смогут заменить в аптеке даже грузчики, которые, не углубляясь в вопросы фармакологии, фармакотерапии, технологии лекарств, выдадут больному все что угодно по записке врача.

Еще одна проблема — это отсутствие взаимодействия между провизором и врачом. Способ оплаты труда — оклад + процент от реализации заставляет плохих провизоров продавать без рецепта препараты любых списков.

Тезис «Прибыль — вот что движет фармацевтами» в равной степени может быть отнесен и к врачам. Разве не им медицинские представители поют сладкие речи о

своей продукции? И в аптеки они ходят, но только рекомендация врача на пациента всегда действует убедительнее. Почему вдруг залежалый месяцами не самый лучший препарат раскупается за 2 дня? А карточки-на-

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации	Код учреждения по ОКУД Код учреждения по ОКПО Медицинская документация Форма №107/у Утверждена Минздравом России 1997 г.	
Наименование учреждения (штамп учреждения)		
РЕЦЕПТ (взрослый, детский — ненужное зачеркнуть) «1» апреля 2006 г.		
Иванов И. П.		
(Ф.И.О. больного)		
1968 г.р.		
Возраст		
Петров П. П.		
Ф.И.О. врача		
руб.	коп.	Rp.: Sol. Cefamandoli sulfatis 4% - 2ml
руб.	коп.	Rp.: D.t. d. n. 14 in ampull.
руб.	коп.	Rp.: S. По 2ml 2 раза в день, вводить внутримышечно.
Подпись и личная печать врача		М.П.
Рецепт действителен в течение 10 дней. (ненужное зачеркнуть)		

Внимание! Вот как выглядит рецепт

правления на препараты со скидкой строго в определенных аптеках от врачей Вам знакомы? Разве не прибыль ими движет?

Вот известная всем выписка из приказа 328: 2.19. При выписывании хроническим больным рецептов на готовые лекарственные средства и лекарственные средства индивидуального изготовления врачам разрешается устанавливать срок действия рецепта в пределах до одного года, за исключением: — лекарственных средств, подлежащих предметно-количественному учету (приложение 3); — лекарственных препаратов, обладающих анаболической активностью; — лекарственных

средств, отпускаемых из аптек по льготным и бесплатным рецептам; — спиртосодержащих лекарственных средств индивидуального изготовления. При выписывании таких рецептов врач должен сделать пометку «Хроническому больному», указать срок действия рецепта и периодичность отпуска лекарственных средств из аптечного учреждения/организации (еженедельно, ежемесячно и т. п.), заверить это указание своей подписью и личной печатью, а также печатью лечебно-профилактического учреждения «Для рецептов».

Тезис «Прибыль — вот что движет фармацевтами» в равной степени может быть отнесен и к врачам.

средств, отпускаемых из аптек по льготным и бесплатным рецептам; — спиртосодержащих лекарственных средств индивидуального изготовления. При выписывании таких рецептов врач должен сделать пометку

Отсутствие цепочки взаимодействия врач—пациент—провизор формирует порочный круг недоверия к медицине и в целом снижает качество медицинского и фармацевтического обслуживания.

«Хроническому больному», указать срок действия рецепта и периодичность отпуска лекарственных средств из аптечного учреждения/организации (еженедельно, ежемесячно и т. п.), заверить это указание своей подписью и личной печатью, а также печатью лечебно-профилактического учреждения «Для рецептов».

Еще хотелось бы обратить внимание на не совсем оправданный отказ от экстермпоральной рецептуры (индивидуального изготовления лекарств в аптеке). Ведь до чего уже дошло — детям назначают препарат X по 1/12 таблетки. Кто-нибудь задумывался, как можно разделить на 12 частей таблетку в домашних условиях? Или заменяют больному препарат на аналог из-за аллергии на поливинилпирролидон (наполнитель таблеток). А на порошок с тем же веществом, но без наполнителя заменить нельзя? Врачи перестали задумываться об индивидуальном назначении препаратов в виде грамотно составленных прописей и предпочитают назначить готовые лек. формы, не останавливаясь даже перед тем, чтобы дробить ретардные таблетки, закапывать в нос или глаза антибиотик, разведенный дома кипяченой водой во флаконе, предназначенном для приготовления инъекционных растворов, назначать пероральные таблетки ректально или вагинально и пр. И все это вместо того, чтобы задуматься и грамотно выписать экстермпоральный рецепт. Рецептурные аптеки еще, представьте себе, остались!

— Недавно, чтобы заказать одну дерматологическую пропись в Москве, мне пришлось обойти/обзвонить более 10 аптек. Приготовление на заказ очень во многих аптеках прекращено.

— Ну, так врачи не назначают и за невостребованностью изготовление в аптеках прекращают. Часто встречается, что врач назначает ретардную форму лекарства и пишет, что нужно принимать по 1/2 т. 1 или там 2 раза в день. Но ведь ретардная, т. е. модифицированная форма предполагает, что лекарство будет высвобождаться постепенно, т. е. весь день, потому и модифицированная, что при послойном растворении оболочка за оболочкой достигается такой эффект, или внутри специальные гранулы, а если таблетка ломается, то все, целостность оболочки нарушается и эффекта нет, хотя есть и простые формы препаратов. Ретардированные формы, как правило, гораздо дороже обычных не только и не столько по прихоти фирмы-производителя, но из-за того, что технологии их изготовления очень сложны и уникальны. Делить ретардные таблетки — все равно что выбрасывать деньги.

— Вы абсолютно правы, Елена Александровна, и мне кажется, что есть смысл объяснить это пациенту-покупателю, принесшему такой рецепт. Разламывание ретардной формы — тяжелейшая «болезнь» сегодняшнего дня, в прошлом тяжелейшей проблемой было выписывание несовместимых ингредиентов в простынях — прописях. Насколько я помню, фармацевты никогда не пытались сказать пациенту: «ваш врач выписал бред какой-то, такое вообще отродясь сделать нельзя». Выполнялась та часть прописи, какая была технологически осуществима, грамотна.

— Хотя это, казалось бы, не в интересах фармацевтов, я и многие мои коллеги считаем, что необходимо государственное ограничение на продажу большинства лекарств без рецепта.

Беседовала А. Власова

ИнтерНьюс

По данным исследования Minnesota Heart Study, снижение частоты фатального инсульта коррелирует с улучшением диагностики и контроля артериальной гипертензии

За период с 1980 по 2002 гг. д-р Р. Люэпкер (Миннесотский Университет, Миннеаполис) регистрировал АД у 21773 взрослых людей в возрасте 25—74 лет. За время наблюдения уровень диастолического АД остался неизменным, а систолическое АД несколько снизилось как у мужчин, так и у женщин. Эти изменения связаны со значительным улучшением диагностики и контроля артериальной гипертензии. Так, доля мужчин с контролируемой артериальной гипертензией выросла с 20% в 1980 г. до 44% в 2000—2002 гг. В 2002 г. 55% женщин, принимающих антигипертензивные препараты, имели артериальное давление не выше 140/90 мм рт. ст. Впрочем, уровни систолического и диастолического АД у нормотензивных лиц выросли — по всей видимости, из-за нарастающей распространенности ожирения. Общий эффект этих двух тенденций проявился в небольшом снижении систолического АД на 1,5 мм рт. ст. у мужчин и 1,8 мм рт. ст. у женщин.

По данным Миннесотского Департамента здравоохранения, число фатальных инсультов за период наблюдения снижалось параллельно с улучшением контроля АД. Следует признать, что контроль артериальной гипертензии в Миннесоте гораздо лучше, чем для населения США в целом. В 1999 г. 37% американцев и 31% американок с артериальной гипертензией лечились и контролировали свое артериальное давление.

Источник:

Am. J. Med. 2006; 119: 42-9

Первая в мире пациентка, пережившая операцию по частичной трансплантации лица, восстановила часть функций и вернулась к старой привычке — курению

Последний факт вызывает серьезную озабоченность профессора Дюбернара — хирурга, под руководством которого была проведена операция. Плохое кровоснабжение кожи и тканей лица, вызывающее хроническую бледность и раннее образование морщин, является самым распространенным последствием курения. Нарушение кровоснабжения резко повышает риск отторжения пересаженных донорских тканей. Ирония сложившейся ситуации заключается в том, что до проведения операции практически полностью лишившаяся нижней части лица в результате нападения домашней собаки женщина не могла не только курить, но и есть, и даже разговаривать. Возвращение пациентки французских хирургов к прежним привычкам является своеобразным подтверждением эффективности проведенной операции, однако столь легкомысленное поведение больной может поставить под угрозу все результаты усилий врачей.

Источник:

Medportal.ru

Вакцина против курения

Швейцарские ученые разработали революционную вакцину против курения: она убивает ощущение удовольствия от курения. Из тех, кто участвовал в испытаниях, которые длились 9 месяцев, 40% бросили курить, хотя до этого они выкуривали от 10 до 40 сигарет в день. Когда никотин добирается до мозга, уровень допамина — одного из гормонов счастья — увеличивается. Вакцина создает антитела в крови, мешающие никотину попасть в мозг, человек лишается ощущения удовольствия от курения. Вакцинацию достаточно проводить один раз в год.

Источник:

news.battery.ru

СВЕТСКАЯ ХРОНИКА

В середине апреля 2006 г. прошел съезд гематологов и трансфузиологов, приуроченный к 80-летию Гематологического научного центра РАМН. На открытии съезда присутствовали многочисленные гости, всего зарегистрировалось более 1000 человек. Отрадно, что кроме российских специалистов на съезд приехали ведущие гематологи бывших республик Советского Союза.

Съезд открылся документальным фильмом, посвященным развитию трансфузиологии в нашей стране за 80 лет, снятым по заказу ГНЦ. Съезд приветствовали Президент РАМН М.И. Давыдов и экс-Президент РАМН В.И. Покровский. Обсуждались наиболее острые проблемы диагностики и лечения лимфопролиферативных заболеваний, анемий, патологий гемостаза, других заболеваний крови.



В Президиуме Съезда

В рамках съезда состоялось 1-е заседание подкомитета ТК «Медицинские технологии» «Клиническая и производственная трансфузиология», который возглавил академик А.И. Воробьев. Планируется разработка 4-х национальных стандартов, технического регламента по безопасности крови ее компонентов, перевод и утверждение Европейских рекомендаций в качестве национальных.



В зале — академики



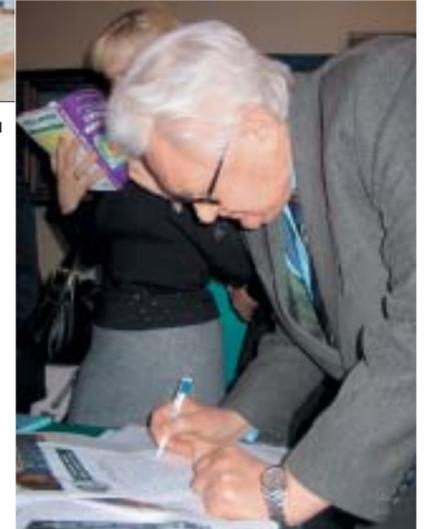
Поздравления... поздравления...

На торжественном ужине в странной галерее 3. Церетели, совмещающей в себе библейские мотивы, тюремные и блатные контуры с индийско-египетской чувственностью, присутствовало более 500 человек.

Собственная информация



Яблоко примирения



В. И. Покровский подписывается на Вестник МГНОТ



В зале — академики



За восьмидесятилетие ГНЦ ура, ура, ура-а-а...



ОЧЕРКИ ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ ТРАНСФУЗИОЛОГИИ

Под ред. Воробьева А.И.

Издательство Ньюдиамед

2006 г.

Книга создана преимущественно сотрудниками Гематологического научного центра РАМН под руководством академика А.И. Воробьева. Это отчет о сложном и славном пути развития трансфузиологии за последние десятилетия. Главные победы на этом пути — спасение сотен тысяч, миллионов жизней пациентов, погибших от кровопотери; и раненых на фронте, и пострадавших в катастрофах и многих, многих других. Книга — не руководство в полном смысле этого слова, а лишь очерки, освещающие наиболее острые и актуальные проблемы современной трансфузиологии: трансфузионная терапия острой массивной кровопотери, кровотечений родильниц, трансфузионная терапия наследственных и приобретенных нарушений свертывания крови, инфузионная терапия септического шока, особенности заместительной трансфузионной терапии в онкологии, искусственное питание, плазмаферез и другие методы экстракорпорального воздействия на кровь, стандартизация и управление качеством в службе крови.

Очерки предназначены для врачей трансфузиологов, хирургов, реаниматологов, врачей отделений интенсивной терапии, сотрудников станций переливания крови, студентов и ординаторов.

В газету поступает масса писем от читателей, посвященных вопросам клинической фармакологии (фармакогенетика, БАДы и др.). Мы попросили ответить на вопросы наших читателей заведующего кафедрой клинической фармакологии ММА им. И.М. Сеченова, академика РАМН, профессора, заслуженного деятеля науки РФ В.Г. Кукеса и сотрудников кафедры профессора В.М. Булаева и доктора к.м.н. Д.А. Сычева.

В практику входит новый термин «фармакогенетика», что это такое? Для чего нужно?

В начале XXI века применение лекарств остается одним из основных методов лечения многих как острых, так и хронических заболеваний. В настоящее время в арсенале врача имеется огромное число лекарственных средств, и их количество растет, как снежный ком. Однако известно, что даже самое современное лекарство помогает не всем, а у части больных даже может вызвать побочные эффекты (правильнее — нежелательные лекарственные реакции). Почему же разные больные «отвечают» на лекарство по-разному? Это происходит потому, что больные отличаются между собой по полу, возрасту, стадии, форме, течению основного заболевания, имеющимся сопутствующим заболеваниям, характеру питания, наличию вредных привычек (курение, злоупотребление алкоголем), совместно применяемым другим лекарствам и даже БАДам и т. д. Однако сейчас не вызывает сомнения тот факт, что индивидуальный «ответ» больного на лекарство на 50% зависит от его генетических особенностей. Такие генетические особенности представляют собой изменения в генах белков, ответственных за «движение» лекарства в организме (всасывание из желудочно-кишечного тракта, распределение по организму, разрушение и выведение) и за его непосредственное действие. Эти изменения в генах приводят к тому, что человек «отвечает» на лекарство не так, как большинство: у него лекарство либо оказывается неэффективным, либо вызывает побочные эффекты. Подобные изменения в генах, наследуясь из поколения в поколение, приводят к тому, что формируется некая группа людей, предрасположенных к неэффективности или побочным эффектам лекарства. Это явление и получило название генетического полиморфизма.

Приведу несколько примеров, когда изменения в генах белков, ответственных за непосредственное действие лекарства, приводят к побочным эффектам.

Известно, что оральные гормональные контрацептивы в редких случаях могут вызывать опасное для жизни женщины осложнение — тромбоэмболию легочной артерии. Найдены изменения в генах факторов свертывания крови, носительство которых в 50 раз увеличивают риск тромбоэмболии легочной артерии у женщин, принимающих подобные препараты. Другой пример. Лекарства из группы т. н. ингибиторов АПФ (энап, престариум и др.) широко назначаются врачами больным с артериальной гипертензией. Недавно было обнаружено, что такой распространенный побочный эффект этих лекарств, как кашель, наиболее часто возникает у людей, имеющих изменения в гене брадикининовых рецепторов, активация которых и является причиной развития этого осложнения.

Существуют также ситуации, когда изменения в генах белков, ответственных за «движение» лекарства в организме, приводят к побочным эффектам.

Кодеин входит в состав большого числа широко применяемых противокашлевых лекарств (коделак, терпинкод и др.). Известно, что часть кодеина в организме превращается в морфин, происходит это превращение с участием фермента из группы т.н. изофермента цитохрома P-450 2D6. Если больной имеет изменения в гене этого фермента, приводящее к его активизации, то при приеме кодеина в организме будет образовываться много морфина, который может вызвать опасные для жизни эффекты вплоть до остановки дыхания. Еще один пример. Бета-адреноблокатор метопролол часто назначается врачами больным с артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца. Это лекарство разрушается в печени под действием определенного фермента также из группы цитохрома P-450. Если больной имеет изменения в гене этого фермента, приводящее к снижению его активности, то при приеме «стан-

дартной» дозы могут возникнуть побочные эффекты (замедление пульса, снижение артериального давления). Это связано с тем, что у данного больного метопролол плохо разрушается, а следовательно, увеличивается его содержание в крови. Если же у больного изменения в гене этого фермента приводят к повышению его активности, то «стандартная» доза метопролола не будет действовать, т. к. лекарство быстро разрушается.

Таким образом, если бы еще до назначения лекарств можно было бы выявить подобные изменения в генах, то, спрогнозировав неэффективность или побочные эффекты лекарства, можно было бы изменить его дозу или отдать предпочтение другому препарату. Это реальный путь повышения эффективности и безопасности применения лекарств. Именно разработкой этого подхода и занимается одно из направлений клинической фармакологии — фармакогенетика. Фармакогенетические исследования, позволяющие выявить подобные изменения в генах, несложные: для этого необходимо у пациента взять всего 1,5 мл крови из локтевой вены, выделить из нее ДНК, а затем провести полимеразную цепную реакцию, которую давно с успехом применяют для выявления различных инфекций. Следует сказать, что анализ нужно брать только один раз, т. к. его результаты не изменяются в течение жизни. В настоящее время необходимость скорейшего внедрения фармакогенетических исследований в практическое здравоохранение не подвергается сомнению. Так в приказе Минздрава № 494 от 22.10.03 говорится о том, что в лечебно-профилактических учреждениях должны быть организованы специальные лаборатории фармакогенетики, в которых будут проводиться эти исследования. Поэтому в будущем ожидается внедрение фармакогенетики и в наших лечебно-профилактических учреждениях.

Каков статус БАДов на российском рынке и в медицине?

Федеральным Законом РФ «О качестве и безопасности пищевых продуктов» (№ 29-ФЗ от 2 января 2000 г.) БАД к пище, как и во многих странах мира (директива Европарламента «О биологически активных добавках к пище» от 10 июня 2002 г.), относится к пищевым продуктам и определяется как природные (идентичные природным) биологически активные вещества, предназначенные для приема одновременно с пищей, или введенные в состав пищевых продуктов».

В санитарных правилах и нормах (СанПиН) 2.3.2 1078—01 «Гигиенические требования к безопасности и пищевой ценности пищевых продуктов» указаны компоненты, разрешенные для использования в составе БАД, а в приложении к этому документу — перечень запрещенных для использования в составе БАД компонентов.

В соответствии с СанПиН 2.3.2 1290—03 «Гигиенические требования к организации производства и оборота БАД к пище» они могут применяться только в следующих целях: «Как дополнительный источник пищевых и биологически активных веществ для оптимизации углеводного, жирового, белкового, витаминного и других видов обмена веществ при различных функциональных состояниях, для нормализации и/или улучшения функционального состояния органов и систем организма человека, в том числе продуктов, снижающих риск развития распространенных заболеваний, а также для нормализации микрофлоры ЖКТ».

Что касается проблемы оценки клинической эффективности БАД, то здесь следует отметить, что БАД не являются лекарственными средствами, что определено действующими законодательными и нормативными документами. Например, в этикетке всех БАД должно быть написано: «Не является лекарственным средством».

Все БАД в ходе их экспертизы подвергаются аналитическому контролю возможных контаминантов: соли тяжелых металлов, радионуклиды; причем уровень этих требований не отличается от таковых для лекарств растительного происхождения.

Наиболее сложной проблемой при обороте БАД остается проблема неадекватной рекламы этой продукции, которая в части показаний для применения БАД не соответствует записи в регистрационном удостоверении, что приводит к искажению сути применения БАД и требует усиления действий по пресечению оборота на рынке БАД таких БАД.

ИнтерНьюс

При проведении иглоукалывания подавляется область мозга, ответственная за формирование болевых ощущений

С целью научного объяснения обезболивающего эффекта акупунктуры процедура иглоукалывания, сопровождаемая сканированием мозга испытуемых, была отснята для телеканала ВВС-2. Участников исследования разделили на две группы: основную и контрольную. Основной группе добровольцев вводили иглы на глубину 1 см в специфические точки на тыльной стороне кисти. Контрольной группе участников воздействовали на те же точки, однако глубина введения составляла лишь 1 мм. После введения игл на желаемую глубину их начинали поворачивать до тех пор, пока у участников не появлялись болевые ощущения.

Одновременно с процедурой иглоукалывания ученые из Лондонского университетского колледжа, Университета Саутгемптона и Йоркского университета проводили сканирование мозга участников. Ученые выяснили, что введение иглок на малую глубину (1 мм) приводило к активации моторных зон коры, что является нормальной реакцией организма на боль. Введение игл на большую глубину (1 см), к изумлению ученых, приводило к подавлению деятельности лимбической системы — одного из отделов головного мозга, участвующих в формировании чувства боли.

Китайские специалисты по акупунктуре используют обезболивающее действие игл в качестве альтернативы наркозу при проведении хирургических операций. Британские ученые по-прежнему настроены относительно к этой практике, тем не менее считают, что обезболивающий эффект акупунктуры можно использовать для облегчения тех или иных состояний. Между тем скептики утверждают, что обезболивающее действие акупунктуры распространяется не на всех. Наибольший эффект процедура оказывает на людей, которые искренне верят в ее благотворное действие.

Источник:
Medportal.ru

Перенесшие инсульт пациенты реже получают антитромботическую терапию, рекомендации по диете и здоровому образу жизни, чем больные после инфаркта миокарда

Д-р Эрик Ченг (Veterans Affairs Greater Los Angeles Healthcare System, Калифорния) проанализировал данные 943 человек с сердечно-сосудистым событием в анамнезе и 523 пациентов после инсульта. Данные были взяты из репрезентативного исследования Medical Expenditure Panel Survey 2002 г. Оказалось, что больные после инсульта гораздо реже, чем кардиологические пациенты, получали консультации по физической активности или диете: отношения шансов 0,56 и 0,43, соответственно. Кроме того, инсультные больные реже получали антитромботические препараты в течение предшествующего года: отношение шансов 0,65. Возможно, подобные различия объясняются различной организацией наблюдения за инсультными и кардиологическими больными. Так, лишь 12% пациентов после инсульта посетили невролога в течение предшествующего года, в то время как кардиолога посетили 42% кардиологических больных. Наконец, программы кардиореабилитации более комплексные и доступные, чем программы восстановления после инсульта.

Источник:
Cerebrovasc Dis 2006;
online first

МНОГОЛИКАЯ ГЕМОФИЛИЯ

Ю.Н. Андреев

Издательство Ньюдиамед

2006 г.

Книга написана профессором Ю.Н. Андреевым — человеком, всю свою жизнь посвятившим спасению больных с нарушениями свертывания крови, большая часть из которых — дети. Он создал целую школу по подготовке специалистов для лечения пациентов с гемофилией. Впервые в стране начал выполнять эндопротезирование суставов у этих больных. Своим богатым опытом Юрий Николаевич делится на страницах книги. Принципам современного лечения и профилактики осложнений гемофилии предшествуют история «царской болезни», особенности наследования ее. Теоретическая часть сопровождается большим количеством фотографий.

Книга написана живым литературным языком. Интересна для врачей многих специальностей.



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., Каторина 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 важно было бы выслушать мнения врачей, единственная просьба — обобщать свои мнения доказательствами эффективности, а не ссылками на «общеупотребительность» или «так принято».

СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ГИПЕРМЕТРОПИЕЙ

1. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА

Категория возрастная: взрослые, дети

Нозологическая форма: конъюнктивит

Код по МКБ-10: H10

Осложнение: острый конъюнктивит

Условие оказания: амбулаторно-поликлиническая помощь

Приложение
к приказу Министерства
здравоохранения и социального развития
Российской Федерации
от 23 ноября 2004 г. № 272

1.1. ДИАГНОСТИКА

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.26.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии глаз	1	1
A01.26.002	Визуальное исследование глаз	1	1
A01.26.003	Пальпация при патологии глаз	1	1
A02.26.001	Исследование переднего сегмента глаза методом бокового освещения	1	1
A02.26.002	Исследование сред глаза в проходящем свете	0,1	1
A02.26.003	Офтальмоскопия	0,1	1
A02.26.004	Визометрия	0,1	1
A02.26.013	Определение рефракции с помощью набора пробных линз	0,1	1
A02.26.017	Определение дефектов поверхности роговицы	0,1	1
A03.26.001	Биомикроскопия конъюнктивы с помощью щелевой лампы	0,1	1
A08.26.001	Цитологическое исследование соскоба с конъюнктивы	0,1	1
A08.26.002	Цитологическое исследование отпечатков с конъюнктивы	0,1	1
A08.26.003	МФА с клетками соскоба конъюнктивы	0,001	1
A09.26.001	Микробиологическое исследование глазных структур и жидкостей	0,1	1
A11.26.001	Биопсия конъюнктивы	0,0001	1
A11.26.009	Получение мазка содержимого конъюнктивальной полости и слезоотводящих путей	0,1	1
A12.06.016	Серологические реакции на различные инфекции, вирусы	0,001	1

1.2. ЛЕЧЕНИЕ

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.26.002	Визуальное исследование глаз	1	1
A01.26.003	Пальпация при патологии глаз	1	1
A02.26.001	Исследование переднего сегмента глаза методом бокового освещения	0,1	1
A02.26.002	Исследование сред глаза в проходящем свете	0,01	1
A02.26.004	Визометрия	0,01	1
A02.26.013	Определение рефракции с помощью набора пробных линз	0,001	1
A03.26.001	Биомикроскопия конъюнктивы с помощью щелевой лампы	0,01	1
A02.26.016	Кератозестезиометрия	0,001	1
A02.26.017	Определение дефектов поверхности роговицы	0,05	1
A09.26.002	Исследование уровня лизоцима в слезе	0,0001	1
A09.26.003	Исследование уровня иммуноглобулинов в слезе	0,0001	1
A09.26.004	Исследование слезы на наличие антигена ВПГ	0,001	1
A09.26.005	Исследование слезы на наличие хламидий	0,001	1
A12.06.016	Серологические реакции на различные инфекции, вирусы	0,001	1
A09.26.001	Микробиологическое исследование глазных структур и жидкостей	0,1	1
A11.26.009	Получение мазка содержимого конъюнктивальной полости и слезоотводящих путей	0,1	1

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД**	ЭКД***
Средства для профилактики и лечения инфекций			1		
	<i>Антибактериальные средства</i>		1		
		Хлорамфеникол	0,3	2,5 мг	37,5 мг
		Гентамицин	0,4	3,34 мг	50 мг
		Ципрофлоксацин	0,3	3,34 мг	50 мг
		Эритромицин	0,3	3,34 мг	50 мг
	<i>Сульфаниламиды</i>		1		
		Сульфацетамид	1	200 мг	3000 мг
	<i>Противовирусные средства</i>		0,3		
		Ацикловир	0,15	10 мг	200 мг
		Интерферон альфа	0,25	1000 МЕ	10000 МЕ
Средства для лечения аллергических реакций			0,2		
	<i>Антигистаминные средства</i>		0,2		
		Лоратадин	1	10 мг	70 мг
Гормоны и средства влияющие на эндокринную систему			0,2		
	<i>Неполовые гормоны, синтетические субстанции и антигормоны</i>		0,2		
		Дексаметазон	1	0,4 мл	5 мл

* — анатомо-терапевтическо-химическая классификация.

** — ориентировочная дневная доза.

*** — эквивалентная курсовая доза.

СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ

1. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА

Категория возрастная: взрослые
Нозологическая форма: Атеросклероз
Код по МКБ-10: I70
Фаза: первичной диагностики
Стадия: критическая ишемия нижних конечностей
Осложнение: без осложнений
Условие оказания: амбулаторно-поликлиническая помощь

Приложение
к приказу Министерства
здравоохранения и социального развития
Российской Федерации
от 22 ноября 2004 г. № 239

1.1. ДИАГНОСТИКА

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.10.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии сердца и перикарда	1	1
A01.10.002	Визуальное исследование при патологии сердца и перикарда	1	1
A01.10.003	Пальпация при патологии сердца и перикарда	1	1
A01.10.004	Перкуссия при патологии сердца и перикарда	1	1
A01.10.005	Аускультация при патологии сердца и перикарда	1	1
A01.12.001	Сбор анамнеза и жалоб при сосудистой патологии	1	1
A01.12.002	Визуальное исследование при сосудистой патологии	1	1
A01.12.003	Пальпация при сосудистой патологии	1	1
A01.12.004	Аускультация при сосудистой патологии	1	1
A02.12.001	Исследование пульса	1	1
A02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	1
B03.016.02	Общий (клинический) анализ крови	1	1
A05.10.001	Регистрация электрокардиограммы	1	1
A05.10.007	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных	1	1
A06.09.008	Рентгенография легких	1	1
A09.05.023	Исследование уровня глюкозы в крови	1	1
A04.12.001	Ультразвуковая доплерография артерий	1	1
A04.12.005	Дуплексное сканирование артерий	0,8	1
A09.05.020	Исследование уровня креатинина в крови	0,05	1

1.2. ЛЕЧЕНИЕ ВНЕ ОБОСТРЕНИЯ ИЗ РАСЧЕТА 6 МЕСЯЦЕВ

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.10.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии сердца и перикарда	1	1
A01.10.002	Визуальное исследование при патологии сердца и перикарда	1	1
A01.10.003	Пальпация при патологии сердца и перикарда	1	1
A01.10.004	Перкуссия при патологии сердца и перикарда	1	1
A01.10.005	Аускультация при патологии сердца и перикарда	1	1
A01.12.001	Сбор анамнеза и жалоб при сосудистой патологии	1	1
A01.12.002	Визуальное исследование при сосудистой патологии	1	1
A01.12.003	Пальпация при сосудистой патологии	1	1
A01.12.004	Аускультация при сосудистой патологии	1	1
A02.12.001	Исследование пульса	1	1
A02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	1
B03.016.02	Общий (клинический) анализ крови	1	1
A05.10.001	Регистрация электрокардиограммы	1	1
A05.10.007	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных	1	1
A06.09.008	Рентгенография легких	1	1
A09.05.023	Исследование уровня глюкозы в крови	1	1
A04.12.001	Ультразвуковая доплерография артерий	1	1
A25.12.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях крупных кровеносных сосудов	1	1
A25.12.002	Назначение диетической терапии при заболеваниях крупных кровеносных сосудов	1	1
A25.12.003	Назначение лечебно-оздоровительного режима при заболеваниях крупных кровеносных сосудов	1	1
A04.12.005	Дуплексное сканирование артерий	0,8	1
A09.05.020	Исследование уровня креатинина в крови	0,05	1

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД**	ЭКД***
Анальгетики, нестероидные противовоспалительные препараты, средства для лечения ревматических заболеваний и подагры			0,5		
	<i>Ненаркотические анальгетики и нестероидные противовоспалительные средства</i>		1		
		Диклофенак	0,8	93,75 мг	16875 мг
		Ибупрофен	0,2	1750 мг	315000 мг
Средства, влияющие на систему свертывания крови			0,9		
	<i>Антиагреганты</i>		1		
		Тиклопидин	0,7	250 мг	45000 мг
		Клопидогрел	0,3	75 мг	13500 мг
Средства, влияющие на сердечно-сосудистую систему			0,6		
	<i>Периферические вазодилататоры</i>		1		
		Пентоксифиллин	1	600 мг	108000 мг

* — анатомо-терапевтико-химическая классификация.

** — ориентировочная дневная доза.

*** — эквивалентная курсовая доза.

КЛИНИЧЕСКИЙ РАЗБОР

Диагноз болезни есть более или менее вероятная гипотеза, которую необходимо постоянно проверять.

Справедливость данного положения, высказанного С. П. Боткиным еще 150 лет тому назад, демонстрирует следующее наблюдение участкового терапевта. Больная К. 64 лет в течение 8 месяцев трижды госпитализировалась по скорой помощи: один раз в терапевтическое отделение с диагнозом дисциркуляторная энцефалопатия, синдром вертебро-базиллярной недостаточности. Сопутствующий диагноз — ИБС, стенокардия ФК-II, атеросклеротический кардиосклероз. Постоянная форма мерцательной аритмии, гипертоническая болезнь II ст. Сахарный диабет II тип, легкая форма. И два раза — в неврологическое отделение с диагнозом: переходящее нарушение мозгового кровообращения в бассейне правой средней мозговой артерии на фоне гипертонической болезни и церебрального атеросклероза. Астено-невротический синдром. К моменту первоначального осмотра участковым терапевтом чувствовала себя больной в течение 8 месяцев. Жалобы на «приступы», которые наблюдались с частотой один раз в одну-две недели и характеризовались системным головокружением, появлением чувства онемения в языке. Нарушается речь, но больная жестами показывает мужу, что нужно вызвать скорую помощь, иногда отключается, не отвечает на вопросы, но не падает, судорожные подергивания в левой руке. В один из приступов прикусила язык и упустила мочу. Выходит из этого состояния самостоятельно. Неврологический статус (по данным выписки): в сознании, ориентирована, контактна. Тревожна, фиксирована на своих ощущениях. Астено-невротический синдром. Менингеальных знаков нет. Глазные щели и зрачки D = S, фотореакция живые, движения глазных яблок в полном объеме, нистагма нет. Лицо симметрично. Язык по средней линии. Парезов в конечностях не определяется. Сухожильные рефлексы D < S, без патологических знаков. Гемигипестезия слева. В позе Ромберга неустойчива. Координационные пробы выполняет с миоподпаданием, больше слева. Тазовые функции контролирует. Ультразвуковое исследование сосудов головы и шеи: стенозирующий атеросклероз церебральных артерий. Смещения М-ЭХО нет. Глазное дно: ОИ ДЗН бледно-розовые, границы расширены. Артерии сужены, вены расширены. Макулярная область: без особенностей. Сетчатка прилежит. На рентгенограммах черепа в двух проекциях признаков внутричерепной гипертензии не обнаружено. Турецкое седло правильной формы, обычных размеров, основная пазуха чистая. Сосцевидные отростки пневматизированы.



Лечение по рекомендациям стационара (пикамилон, агапурин, аспирин) не улучшило состояния больной, «приступы» продолжались. Теперь уже пришла очередь задуматься терапевту, т. к. после каждого приезда скорой помощи он вызывался автоматически. За 40 лет работы в медицине не приходилось встречаться с такими частыми переходящими нарушениями мозгового кровообращения, которые бы не оставляли после себя органических изменений. Во всяком случае это свидетельствовало бы о тяжелом прогрессирующем атеросклерозе мозговых сосудов, но больная в межприступный период была довольно сохранной в психическом и физическом смысле. Подробный расспрос больной и описание ею своих «приступов» позволили усомниться в диагнозе двух неврологических стационаров и заподозрить эпилептический синдром, который подтвердил невропатолог поликлиники, нацеленный терапевтом на этот диагноз. При компьютерной томографии головного мозга, назначенной только через 8 месяцев от момента появления первых признаков заболевания, обнаружена опухоль правой теменно-

височной области, вероятно, менигеома с перифокальным отеком, умеренно выраженным отеком правого полушария мозга, небольшой дислокацией влево.

Неврологический статус перед операцией: вялая, адинамична, заторможена. На вопросы отвечает односложно. Менингеального синдрома нет. Черепные нервы: 1-й—7-й — без патологии. Сглаженность левой носогубной складки. Оценка по Хаусу—Брокману: 2. 9-й—12-й: норма. Чувствительность на теле и конечностях: гемигипестезия слева. Оценка мышечной силы конечностей: правая рука — 5, левая рука — 3; правая нога — 5, левая нога — 3. Движения в конечностях: левосторонний центральный гемипарез. Походка: ходит только с посторонней помощью. Координационные пробы: ПНП — миоподпадание слева; ПКП — интенция слева. Поза Ромберга: не может стоять. Сухожильные рефлексы: D — живые, S — высокие. Тазовые функции не нарушены. Апроксии, агнозии, нарушения схемы тела нет. Поля зрения исследовать не удалось, т. к. больная не фиксирует взор. Глазные щели равны, смыкание век полное. Корнеальные рефлексы в норме. Больной проведена операция удаления конвексимальной менингиомы правой лобно-теменно-височной области. Послеоперационный период протекал гладко. В неврологическом статусе сразу после операции отмечалось некоторое нарастание симптоматики в виде усугубления центрального левостороннего гемипареза, который с течением времени значительно регрессировал.

Ретроспективный анализ истории болезни данной больной позволил обратить внимание на ряд косвенных симптомов, которые, по данным литературы, всегда требуют исключения объемного образования головного мозга. К ним относятся: вновь возникающая и прогрессирующая головная боль, усиливающаяся при переходе из вертикального положения в горизонтальное, а также ее максимальная выраженность при пробуждении и последующее уменьшение в течение дня. Кроме того, начальным проявлением заболевания у данной больной были психопатологические феномены типа неврозоподобных расстройств (фобии в виде боязни выходить на улицу, быстрая истощаемость при небольших физических нагрузках, снижение критики к своему состоянию). Первыми на это обратили внимание родственники, но и я, как терапевт, не могла не заметить, что пациентка превратилась в полупостельную больную, хотя для этого никаких объективных причин со стороны внутренних органов не было. Чаще всего опухоли головного мозга и прежде всего менингиомы манифестируют с эпилептического синдрома, что имело место и у нашей больной. Поэтому беру на вооружение нижеследующую рекомендацию (Д. Р. Штульман, О. С. Левин, 2002 г.): «Все взрослые больные с вновь возникшей эпилепсией должны быть направлены на КТ головного мозга для исключения опухоли».

ИЗ-за отсутствия четких клинических проявлений в дебюте заболевания диагноз во многих случаях ставится поздно, больные поступают в хирургический стационар в далеко зашедших стадиях заболевания, когда технические сложности радикального удаления опухоли становятся подчас непреодолимыми (В. Н. Очколяс, 1997 г.). Поликлинический врач, к которому впервые обращается пациент любого профиля (неврологического, онкологического и др.), занимает ключевое положение в судьбе любого больного, т. к. правильно сформулированный предварительный диагноз приводит в движение систему углубленной диагностики и направления больного в специализированный стационар.

Шишкова Т. В.
Участковый терапевт,
Поликлиника № 64 ВАО

ИнтерНьюс

Программа постоянного обеспечения качества улучшает исходы чрескожного коронарного вмешательства

Были проанализированы данные 5 клиник, в том числе по 3731 чрескожному коронарному вмешательству в 1-й год после внедрения программы обеспечения качества (1998 г.), и 5901 — в течение 5 лет работы программы (2002 г.). Результаты были сопоставлены с данными по 10287 вмешательствам в 7 клиниках, включившихся в программу в 2002 г. Программа обеспечения качества включала обратную связь по абсолютным и стратифицированным по риску исходам (ежеквартальные и ежегодные отчеты клиник), ежеквартальные совещания рабочих групп, визиты в клиники для проверки качества данных и обратной связи, клинические обходы, создание информационного бюллетеня, оборудование палат устройствами контроля качества лечения и оценки риска. По сравнению с чрескожным коронарным вмешательством, выполненным в самом начале работы программы или в клиниках, не участвующих в ней, при чрескожном коронарном вмешательстве в клиниках-участниках проекта чаще назначались предоперационно аспирин и блокаторы гликопротеиновых IIb/IIIa рецепторов и реже — постоперационный гепарин; количество контраста также было меньше. По сравнению с чрескожным коронарным вмешательством в 1998 г., через 5 лет работы программы, чрескожные коронарные вмешательства ассоциировались с достоверно меньшим риском смерти (стандартизованное отношение шансов 0,57), нефропатии вследствие введения контраста (стандартизованное отношение шансов 0,59), инсульта или транзиторной ишемической атаки (стандартизованное отношение шансов 0,33).

По мнению д-ра Мауро Москуччи (Мичиганский Университет, Ann Arbor), на сегодняшний день различия в исходах чрескожных коронарных вмешательств в различных клиниках зависят прежде всего от организации помощи, а не от технологических ограничений. Именно система обеспечения качества позволит уменьшить риск неблагоприятных исходов и осложнений в каждом конкретном случае.

Источник:
Circulation 2006; 113: 814-22

Продолжительное грудное вскармливание снижает риск развития у ребенка целиакии

Болезнь, как правило, начинается после включения в рацион ребенка каш, приготовленных из круп пшеницы, овса, ржи или ячменя. В исследовании, проведенном специалистами Детского Госпиталя Манчестера, обобщаются данные 6-ти предыдущих работ, опубликованных в период между 1966 и 2004 гг. Все исследования, за исключением 1-го, небольшого по объему, свидетельствуют о том, что длительное грудное вскармливание способствует снижению риска развития целиакии у детей. В результате анализа собранных данных британским ученым удалось выяснить также, что целиакия встречается на 52% реже у детей, продолжавших получать грудное молоко после введения в их рацион продуктов растительного происхождения. По мнению британских исследователей, продолжение грудного вскармливания способствует ограничению количества получаемого ребенком из растительной пищи глютена, уменьшая таким образом риск развития непереносимости к этому веществу. Кроме того, грудное молоко защищает ребенка от инфекционных заболеваний желудочно-кишечного тракта, считающихся одной из основных причин целиакии.

Источник:
Medportal.ru

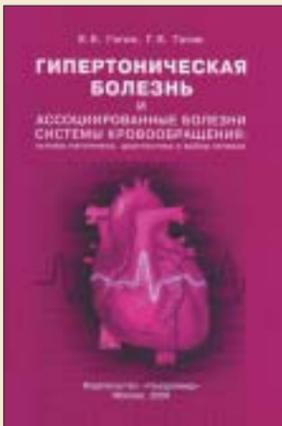
ВНИМАНИЕ!!! НОВИЧКА!!!

В издательстве НЬЮДИАМЕД вышла книга авторов
Е.Е. Гогина, Г.Е. Гогина

«Гипертоническая болезнь и ассоциированные болезни системы кровообращения: основы патогенеза, диагностика, выбор лечения»

В книге на основе многолетнего клинического опыта рассмотрены особенности течения гипертонической болезни — «эссенциальной» гипертонии, варибельной и изменчивой, но нозологически единой и патогенетически обособленной, освещен вклад отечественных терапевтических школ в изучение гипертонической болезни, проанализированы мировые достижения в разработке стандартов диагностики и лечения, успехи популяционной стратегии, обеспечившей ограничение пандемии артериальной гипертонии, развитие активных методов помощи при сопутствующей ей ишемической болезни и снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в социально стабильных странах. Рассмотрены возможности эхокардиографии в объективизации изменений сердца и задачи раннего установления симптоматических (монопатогенетических) гипертоний. Большое место в книге отведено лечению гипертонической болезни — стандартному гипотензивному и индивидуально оптимизированному в соответствии со стадией и проявлениями болезни, сочетающему базисную патогенетическую терапию с курсовой симптоматической, которые обеспечивают вторичную профилактику осложнений.

Книга предназначена терапевтам, кардиологам, студентам и преподавателям медицинских вузов и биологических факультетов университетов.



ПИСЬМО В ГАЗЕТУ

Материалы печального «чернобыльского» номера напомнили мне события старые и свежие. Тогда, в год Чернобыля, я работал в Иркутске. Хорошо помню, как катастрофично было для меня происшедшее, и как совсем по-другому к этому относились коллеги. Особенно один — отличный физиолог, близкий к проблемам, так скажем, «биофизики». Вот от него-то я и услышал: не будет лучевой болезни тяжелой; проблема лечения лучевой болезни в СССР решена, просто методы лечения и защиты секретны. Думаю, что он был искренен, как и остальные сограждане, что верили в мощь советской науки и техники и, значит, в мощь советской власти. Потому и скрывали каждую катастрофу — она указывала сразу и очевидно на беспомощность. И потери народа в Войне скрывали, потому, что стала бы очевидной беспомощность власти, трупами миллионов загородившей дорогу немцу. Отсюда, думаю, верен вывод П. Воробьева о необходимости ответственной профессиональной подготовки каждого врача. Каждый должен готовиться к индивидуальной ответственности.

Европейцам легче: у них не только эффективные национальные правительства, но есть еще и ответственная континентальная система. Она позволяет координировать усилия в решении важнейших проблем общими силами. Например, по подготовке к угрожающей миру эпидемии гриппа. Эта подготовка идет в Европе уже не первый год. Накануне Первой в Ланцете был опубликован отчет о состоянии планов по подготовке к пандемии гриппа в Европейском союзе. У всех стран есть **ОПУБЛИКОВАННЫЕ** планы, отношение правительств к проблеме серьезно. Только 13 стран стали заготавливать оселтамивир, но у всех реализуются работы по совершенствованию надзора и подготовке мер изоляции и лечения заболевших. На Руси только в начале апреля руководитель Росздравнадзора признал, что медицинский аспект проблемы недооценен. Однако до сих пор не делается ничего, если не считать прививок птиц.

Язык будет западать, увы. (Примечание редакции: см. фото в газете № 8 стр. 9).

В. Власов

Издательство
«НЬЮДИАМЕД»

ищет дилеров
по продаже
научно-медицинской
литературы в регионах

Предложения высылать на
e-mail: mtpndm@dol.ru
Лушина
Людмила Витальевна

Уважаемые коллеги!

Секцией «Человек и инфекция» Московского городского общества терапевтов совместно с Межрегиональной общественной организацией «Общество фармэкономических исследований» планируется клинико-экономическое исследование «ЭХО» (Экономика Хронической Обструкции). Участвовать в исследовании будут терапевты поликлиник г. Москвы и Московской области, ведущие амбулаторный прием.

Этапы исследования:

- сентябрь—декабрь 2006 г. — тренинг врачей по спирометрии, эпидемиологический анализ по хронической обструктивной болезни легких,
- декабрь 2006 г. — подведение промежуточных итогов исследования,
- в 2007 г. — проведение собственно клинико-экономического исследования.

Если Вы хотите принять участие в исследовании, заполните анкету, расположенную справа, и вышлите ее в адрес редколлегии газеты со сведениями о себе для дальнейшей связи с Вами. Количество врачей, принимающих участие в исследовании, неограничено.

Исследование проходит при спонсорской поддержке фирмы Берингер Ингельхайм.

Анкета для желающих принять участие в исследовании.

Фамилия	
Имя	
Отчество	
Специальность	
Место работы	
Должность	
Адрес для получения корреспонденции (с индексом)	
Телефон для связи	
E-mail	

ФГУ «Консультативно-методический центр лицензирования» Росздравнадзора объявляет конкурс на замещение вакантных должностей в учебном центре:

- ✓ Начальник учебного центра — 0,5 ставки
- ✓ Заведующий кафедрой внутренних болезней и организации здравоохранения — 0,5 ставки
- ✓ Заведующий кафедрой организации фармацевтической деятельности — 0,5 ставки

Документы направлять по адресу:
ФГУ «КМЦЛ» Росздравнадзора (отдел кадров):
127422, г. Москва, ул. Тимирязевская, д. 1/5.
Телефон: 3179108

Срок подачи документов — один месяц со дня опубликования объявления.

SCHWARZ
PHARMA

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

ВАЗОНИТ® 600 мг ретард

ВОПРОСНИК по ХОБЛ

1. Сколько приблизительно больных ХОБЛ Вы лечили в течение прошедшего месяца?

Стадия ХОБЛ	Ст 1 (легкая)	Ст 2 (средней тяжести)	Ст 3 (тяжелая)	Ст 4 (крайне тяжелая)
1.1 С диагнозом ХОБЛ, впервые установленным в течение прошедшего месяца	чел.	чел.	чел.	чел.
1.3 С диагнозом ХОБЛ, установленным ранее	чел.	чел.	чел.	чел.

2. Какими основными критериями Вы руководствовались при постановке диагноза ХОБЛ Вашим пациентам из п.1.1? (отметить)

Стадия ХОБЛ	Ст 1 (легкая)	Ст 2 (средней тяжести)	Ст 3 (тяжелая)	Ст 4 (крайне тяжелая)
2.1 Действие факторов риска в анамнезе	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2 Хронический кашель	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3 Постоянное выделение мокроты	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.4 Снижение физической активности	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5 Эпизоды одышки при нагрузке	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.6 Одышка при умеренной нагрузке	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.7 Одышка в покое или при минимальной нагрузке	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.8 Эпизоды острых бронхитов	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.9 Нечастые обострения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.10 Частые обострения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.11 Хроническая дыхательная недостаточность	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.12 Правожелудочковая недостаточность	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.13 Спирометрические данные	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Какие препараты для поддерживающей терапии ХОБЛ Вы предпочитаете назначать для лечения ХОБЛ различных стадий? (отметить 0 — практически не назначаю, 1 — редко, 2 — наиболее часто)

Стадия ХОБЛ	Ст 1 (легкая)	Ст 2 (средней тяжести)	Ст 3 (тяжелая)	Ст 4 (крайне тяжелая)
3.1 Аминофиллин				
3.2 Атровент				
3.3 Беродуал				
3.4 Беротек				
3.5 Вентолин				
3.6 Оксис				
3.7 Сальбутамол				
3.8 Серевент				
3.9 Серетид				
3.10 Симбикорт				
3.11 Спирива				
3.12 Теопек				
3.16 Теотард				
3.14 Теофедрин				
3.15 Теофиллин				
3.13 Форадил				
3.17 Эуфиллин				
3.18 Ингаляционные стероиды				
3.19 Другое:				

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

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

РЕДАКЦИЯ: Главный редактор П.А. Воробьев

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

Редакционный совет: А.И. Воробьев (председатель редакционного совета), В.Н. Ардашев, З.С. Баркаган, А.С. Белевский, Ю.Н. Беленков, Ю.Б. Белоусов, Б.П. Богомолов, И.Н. Бокарев, В.И. Бурцев, Е.Ю. Васильева, В.А. Галкин, М.Г. Глезер, Е.Е. Гогин, А.П. Голиков, Д.И. Губкина, Н.Г. Гусева, Л.И. Егорова, В.М. Емельяненко, Р.М. Заславская, Г.Г. Иванов, В.Т. Ивашкин, А.В. Калинин, А.В. Каляев, С.В. Карпова, М.И. Кечкер, А.И. Кириенко, В.М. Ключев, Ф.И. Комаров, Б.М. Корнев, Л.Б. Лазебник, В.И. Маколкин, И.В. Мартынов, А.С. Мелентьев, А.А. Михайлов, В.С. Моисеев, В.Е. Ноников, Н.А. Мухин, Е.Л. Насонов, В.А. Насонова, В.Г. Новоженков, 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. Чуралин, Л.В. Циганова, В.В. Цурко, Т.В. Шишкова, Н.А. Шостак, 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.