



ВЕСТНИК МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО

МОСКОВСКИЙ ДОКТОР

Январь 2007

№ 1 (42)

НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ

— П.В.: Вы клинический фармаколог, заведуете кафедрой клинической фармакологии с курсом фармакотерапии факультета повышения квалификации и переподготовки специалистов здравоохранения, то есть Вы учитесь и студентов, и врачей. Кроме того, Вы входите в комитеты, связанные с лекарственным обеспечением, кроме того, Вы региональный представитель Формулярного комитета РАМН?

— А.Х.: Я заместитель председателя Формулярного комитета Ярославской области и внештатный главный клинический фармаколог Департамента здравоохранения и фармации Администрации Ярославской области

— П.В.: С чего началось, Вы ведь уже лет 5 участвуете в Ярославле в системе лекарственного обеспечения?

— А.Х.: Уже больше, почти 7 лет, тогда это был достаточно интересный и сложный период, когда...

— П.В.: Страна оправлялась от дефолта...

— А.Х.: Да, это период, когда с одной стороны произошло некое отрезвление, и многие фирмы свернули свои планы. С другой стороны, стали появляться и развиваться новые фармацевтические компании, в том числе дженериковые. Одновременно не было единой концепции, которая позволила бы осуществить правильный выбор на территориальном уровне, выбор лекарств лечебными учреждениями и централизованную закупку препаратов на уровне области. В этом плане очень позитивно звучит Общество фармакоэкономических исследований: впервые появилась концепция Формулярного комитета, которая была ориентирована не только на федеральный уровень, но и на региональный уровень. В принципе, модель Формулярного комитета мы, с опытом своих личных наработок, и приняли к работе.

— П.В.: Вы когда стали этим заниматься, у вас ведь был какой-то формуляр или региональный список лекарств?

— А.Х.: Нет, никакого формуляра не было до 1999 года. Это практически с нами родилось.

— П.В.: То есть вам не пришлось никого переучивать, переделывать?

— А.Х.: Были проекты, обсуждались варианты формуляра, переключивались идеи. Все началось с создания Формулярного комитета, который и начал разработку формулярного списка. А затем возникла необходимость создания Формулярного справочника. Были расшифрованы некоторые положения по Формулярному комитету, например, лечение побочных реакций, система извещения, ABC и VEN-анализ. И сам Формуляр стал включать дозы минимальные, максимальные, точные, мотивацию о включении препаратов в формуляр и колонку для лечебных учреждений, чтобы они могли использовать этот формуляр у себя, в том числе — для анализа своей работы. Во всех учреждениях области наш формуляр доступен.

— П.В.: По ABC и VEN-анализам у вас уже не одна диссертация защищена?

— А.Х.: Да.

— П.В.: То есть вы их печете как пироги, используя «рабский» труд врачей?

— А.Х.: По ABC и VEN-анализу неправильно было бы так сказать, мы тут Африку не открывали. Наверно, это самый простой и надежный способ работы в практике, но только ABC и VEN-анализ — ничто без серьезной тщательной клинической части, без расчета показателей затраты/эффективность, затраты/утилитарность. Классически нигде ABC и VEN-анализ не относится к стандартным методам фармакоэкономического анализа.

— П.В.: Ну да, это — в западной экономике. Но мы их стали относить, обозвав клинко-экономическим анализом и понимая, что для первичного анализа это абсолютно необходимо: иначе невозможно сориентироваться, куда уходят деньги.

— А.В.: Это по всей стране все так замечательно или Ярославская область такая особенная? Удивительно благостно все звучит.

— А.Х.: Нельзя сказать, что у нас все идеально, до сих пор и у нас не во всех центральных районных больницах формуляр работает так, как положено, хотя мы делали выездные мероприятия в разных районах.

...не было единой концепции, которая позволила бы осуществить правильный выбор на территориальном уровне, выбор лекарств лечебными учреждениями и централизованную закупку препаратов на уровне области.

Как все начиналось

Интервью главного клинического фармаколога
Департамента здравоохранения и фармации
Администрации Ярославской области
проф. А. Хохлова



— П.В.: В процессе запуска этой программы, которая программой на тот момент не была, наша московская команда трижды приезжала в Ярославль. На самом деле четырежды, поскольку первая реальная конференция по стандартизации в здравоохранении страны проводилась тоже в Ярославле. Это был 1998 год. И впервые фармакоэкономика проявилась в системе стандартизации именно в Ярославле. Так исторически сложилось: я искал сближения с экономистами много лет. Рассказывая на этой конференции про развитие стандартизации, говорил и о необходимости консолидации с экономистами. Мне в Москве говорили, что придет специалист, который знает, как скрестить клинику и экономику. После выступления подошла ко мне девушка,

Светлана Кобина, которая, услышав из моего доклада о том, как мы будем делать стандарты, и о том, что экономистам просто необходима для стандартизации, рассказала про первые шаги фармакоэкономики в России. Случайно-неслучайно, кто его знает, но по факту это так. Поэтому говорить, что там благостно и все само собой сложилось — неправильно. Кроме того, насколько я помню, Вы запускали журнал, телевизионные дебаты, где мне пришлось не раз выступать, и где на самом деле очень остро ставились вопросы фармакотерапии. В целом это была очень большая PR-акция, которая позволила все это внедрять, это не само собой с неба упало.

...Департамент здравоохранения воспринял все позитивно, и до сих пор воспринимает позитивно, никаких препятствий, даже помогают, когда ездим в район...

В стационарах соблюдение на сегодняшний день стандартов и вообще современных рекомендаций достаточно близко к 100%.

— А.В.: Так Ярославль в этой области впереди всей страны или это во всех регионах так?

— А.Х.: Если сравнивать с Москвой, то можно поспорить, у кого лучше. У нас же население небольшое, в области всего 1,5 миллиона, город 600000, у нас легко внедрить какие-то управляемые проекты. И то не все идеально.

— П.В.: В Ярославле действительно никаких Америк не открывали, все это известно, все это не ново и все это делалось, и до Ярославля, и после. Но где-то это делается фрагментарно, где-то антинаучно, где-то нормально. В Ярославле, скорее всего, можно констатировать, что это делается в нормальном научном режиме, когда есть правильные экономические подходы и они реализуются с учетом клинических проблем. Нет перегибов, тем более, что во главе этого стоит преподаватель ВУЗа, а не чиновник. Во всяком случае, у руля стоит.

— А.Х.: Это тот вариант, когда сложилось все хорошо: взаимопонимание и с Павлом Андреевичем в этом плане было и есть, и одновременно с практическим здравоохранением.

— А.В.: А администрация области тоже поддержала Вас в этих начинаниях?

— А.Х.: Администрация сама по себе, Департамент здравоохранения воспринял все позитивно, и до сих пор воспринимает позитивно, никаких препятствий, даже помогали. Когда ездим в район, выделяется машина, инструктор, который вместе с нами едет, то есть идут навстречу.

— А.В.: Деятельность Формулярного комитета востребована?

— А.Х.: В действительности востребована, даже то, что касается рационального применения лекарственной терапии, то с помощью вот этой формулярной системы не с нюансами, а в целом можно навести порядок: отсеять малоэффективные средства, использовать в основном современные препараты. Они стали доступнее, с учетом того, что отсекались многие неэффективные средства.

— А.В.: А церебролизин есть?

— А.Х.: Он используется по-прежнему, но нужно отметить, что не во всех клиниках. Если взять специализированные неврологические отделения в клиниках, то он используется. Конечно, это большая проблема, у неврологов своя школа, полностью исключить такие препараты не представляется возможным, я думаю, что это проблема абсолютно всех регионов. Доказательная база в неврологии имеет очень много особенностей, очень сложно с ними работать. Неврологи имеют свои представления, и переубедить их очень сложно.

— П.В.: А что удалось выкинуть?

— А.Х.: Значительно меньше стали использовать

цефазолин, антибиотик 1-го поколения. В 2000 году мы анализировали формуляры лечебных учреждений города Ярославля, и тогда он применялся в лечебных учреждениях, где находились больные с пневмониями, с абдоминальными инфекциями, гинекологическими заболеваниями — везде цефазолин использовался. На сегодняшний день мы знаем, что показания для цефазолина — это лечение инфекций мягких тканей, профилактика послеоперационных осложнений, и то по этому показанию он уже уступает другим препаратам. Ампиокс уже исключен и практически не используется в лечебных учреждениях. Такие препараты, как рибоксин, особенно внутривенный, уже нигде не используется, в городе точно, может в отдельных деревнях еще есть.

— П.В.: А история со всякими ингибиторами АПФ, диуретиками, другими препаратами для лечения гипертонии?

— А.Х.: У нас же протокол ведения больных, первый, который был принят — по лечению сердечной недостаточности, известная толстенная книга. Мы его тогда рецензировали и внедряли, мониторировали его, как раз одна из наших диссертационных работ была посвящена мониторированию этого

4–5 декабря 2006 г. в Центральном Доме Ученых РАН состоялась очередная научно-практическая конференция «Управление качеством в здравоохранении: лицензирование, стандартизация, клинко-экономический анализ». В работе Конференции приняло участие более 500 человек, представители 35 городов и регионов России: Абакан, Архангельск, Астрахань, Белгород, Брянск, Буденовск, Владикавказ, Волгоград, Воронеж, Горно-Алтайск, Екатеринбург, Иваново, Казань, Калуга, Кемерово, Кострома, Краснодар, Красноярск, Липецк, Москва и Московская область, Мурманск, Нижний Новгород, Пенза, Петрозаводск, Петропавловск-Камчатский, Ростов-на-Дону, Санкт-Петербург, Саратов, Смоленск, Саранск, Сахалин, Ставрополь, Сургут, Тамбов, Тула, Тыва, Улан-Удэ, Уфа, Хабаровск, Чебоксары, Челябинск, Якутск, Ярославль и др. В работе Конференции также приняли участия представители из Казахстана, Израиля, США и Великобритании.

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

УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ 2006



Открыли работу Конференции обучающие школы — «Клинко-экономический анализ и стандартизация в управлении качеством медицинской помощи» и «Особенности лицензирования медицин-

ской деятельности на современном этапе». На школе по клинко-экономическому анализу рассматривались вопросы анализа затрат (Воробьев П.А.), методы анализа эффективности затрат (Авксентьева М.В.), фармакоэкономика

артериальной гипертензии (Леонова М.В.), а также представлены результаты практической работы по формированию формулярного перечня медицинской организации, с применением методики ABC/VEN и частотно-

го анализа (Сура М.В.). На школе, посвященной лицензированию медицинской деятельности, обсуждалась законодательная основа лицензирования медицинской деятельности (Книга В.В.), организационно-технические условия при осуществлении медицинской деятельности (Никольская Л.А.), а также табель оснащения медицинской организации (Леонов Б.И.).

Пленарное заседание открылось докладом заместителя директора Департамента развития медицинской помощи и курортного дела Минздравсоцразвития России Какориной Е.П. «Итоги и перспективы развития приоритетного национального проекта «Здоровье».

Член рабочей группы совета Европы по борьбе с оборотом фальсифицированных лекарственных средств Быков А.В. представил данные о ситуации, происходящей с фальсификацией лекарственных средств в России.

На заседании также были освещены вопросы влияния маркетинговой практики, в частности, многочисленных медицинских периодических изданий на медицинскую помощь (Вольская Е.А., ММА им И.М. Сеченова), а также доказательности существующих клинических рекомендаций (Власов В.В., директор российского отделения североевропейского центра Кокрановского сотрудничества). Заведующий отделом стандартизации НИИ ОЗ и УЗ ММА им И.М. Сеченова Воробьев П.А. выступил с докладом о месте стандартизации в рамках реализации приоритетного национального проекта «Здоровье».

На секционном заседании, посвященном практическому опыту клинко-экономического анализа, были представлены результаты фарма-

Продолжение на стр. 3

СВЕТСКАЯ ХРОНИКА

В Варшаве 06.12.06 прошла 4-я конференция, организованная Польским отделением Международной организации фармакоэкономических исследований и оценки результатов (ISPOR) «Мост между Востоком и Западом». Польская организация называется «Польское товарищество фармакоэкономистов». Конференция проводилась под патронажем Министра здравоохранения З. Релига, ректора медицинского университета в Лодзи А. Левински и ректора медицинской академии в Люблине А. Ксиазек.

В первой части конференции слово было дано гостям из Великобритании (П. Кинг), России (П. Воробьев и А. Быков, российское отделение ISPOR), Чехии (Т. Дозал, чешское отделение ISPOR). П. Кинг рассказывал о необходимости применения показателей качества жизни в экономике здравоохранения, о работе NICE — английского агентства по выбору адекватных технологий. Чешские специалисты, впрочем, как и польские и русские, столкнулись с проблемами неприятия медицинским сообществом экономических подходов, выделением «доказательной» медицины в отдельную, изолированную специальность, берущую на себя функции арбитра, истины в последней инстанции. В России давно решена последняя проблема — правило квадрата принятия решения, разработанное в 2003 г., в значительной мере уравнивает удельный вес клинических и экономических доказательств и мнения экспертов. Правило предусматривает учет при принятии решения наряду с экспериментальными данными и возможные неспецифические влияния, и возможные конфликтные ситуации. О наличии такого правила было доложено польским коллегам.

Интересно, что в Польше не известны методы ABC, VEN и частотного анализа, ставшие в последние годы весьма популярными в клинко-экономическом анализе в России. ABC предполагает ранжирование технологий по степени затратности: на первом месте в таблице стоят те технологии (или лекарства), на которые затрачено больше всего средств, на последнем те, на которые затратили меньше всего денег. Далее выделяется группа А, на которую потратили 80% средств, группа В, на которую потратили 15% средств, и группа С, на которую потратили 5% средств. Далее рассматривается частота применения медицинских технологий или лекарств, ведь очевидно, что однократно примененное лекарство стоимостью в несколько тысяч долларов может потеснить десятки других, гораздо менее дорогих, хотя и зна-

чительно чаще применяемых лекарств. Далее, присваивается лекарству индекс жизненной необходимости: V — абсолютно необходим, E — средство симптоматического лечения, без которых трудно обойтись, и N — препараты, необходимость применения которых вызывает обоснованные сомнения. Такой совокупный анализ за-

ВСТРЕЧИ ПО ГОРИЗОНТАЛИ



Работа — путь к свободе

неров, живущих за счет «отката», и «опиньон-лидеров», ученых, получающих дивиденды за продвижение тех или иных лекарств на рынок.

Однако в Польше около года назад при Минздраве

трат позволяет наметить пути оптимизации расходов в будущем.

Однако как в России, так и в Польше, так и в Чехии на пути научного подхода к оптимизации затрат сошлись интересы менеджеров-коррупцио-

больше бюджетная. В настоящее время идет централизация системы здравоохранения, сопровождающаяся коррупционными скандалами, в частности, в системе медицинского страхования. Как это все знакомо. Но мы никогда не интересовались тем, что происходит у наших ближайших соседей, в том числе — на Украине, в Прибалтике, в Белоруссии. Нас продолжают интересовать далекие горизонты Америки и Западной Европы, а то, что происходит под носом, мы не замечаем. А ведь именно там была совсем «наша» система здравоохранения, братские страны начали ее модифицировать сразу после распада «социалистического лагеря», продвинулись (или не продвинулись) они гораздо дальше, наломали дров и набили шишек. Мы идем следом, но, к сожалению, неистребимо желание наступать на грабли.

Возможно, встреча в Варшаве была первой ласточкой по поиску взаимодействия между некогда дружественными странами в области политики здравоохранения.

И еще. Польша — страна, в которой фашисты развернули несколько крупнейших лагерей смерти. В Освенциме (кстати, это не название лагеря, а лишь назва-

ние расположенного рядом с лагерем, километрах в 5, городка, лагерь назывался Аушвиц), нет литературы на русском языке. На всех языках есть, а по-русски — нет. На мой недоуменный вопрос, ведь Красная Армия освободила этот лагерь, мне ответил экскурсовод — русские сюда практически не ездят. Вот те на, видимо на каком-то подсознательном уровне стараемся мы забыть все ужасы XX века, и в нашей стране и за рубежом.

Вот уже и конференция в Ираке проводится по вопросу, а был ли геноцид евреев — Хо-



Не выглядит этот холм «фабрикой смерти». Под холмом — газовая камера и крематорий

создали агентство по оценке технологий. Пока побед у этого агентства нет, работы только начались. Первая оценка показала, что закупка компьютерных томографов нового поколения для клинического применения нецелесообразна — затраты не оправдываются обретением новых диагностических результатов, приборы могут иметь значение лишь в научных исследованиях. Как нетрудно догадаться, несмотря на рекомендации, для клиник Польши было закуплено 6 компьютерных томографов нового поколения...

В Польше, как и в России, в каждом воеводстве была своя модель медицины, где-то страховая, где-то —



Эсэсовцы и их «подопечные» жили, разделенные лишь 2-мя рядами колючей проволоки. Можно сказать: «Почти в одинаковых условиях»

Президент МООФФИ (RSPOR) П. Воробьев

Начало на стр. 2

коэкономических работ из Москвы, Иваново, Санкт-Петербурга, Саратова, Хабаровска, Ярославля.

Большой интерес со стороны аудитории вызвал круглый стол, посвященный реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» и программе дополнительного лекарственного обеспечения в различных регионах России — Москва, Хабаровск, Челябинск, Ярославль и др.

В рамках конференции была впервые затронута тематика экономических аспектов фармакогенетики. В частности, докладчики из Москвы, Ставрополя, Ростова-на-Дону и Хабаровска озвучили вопросы выбора начальной дозы лекарственных средств, в частности, варфарина, на основании фармакогенетических исследований (Сычев Д.А.), фармакоэкономической оценки использования кардиологических препаратов — лизиноприла, атенолола, амлодипина при лечении гипертонической болезни у пациентов армянского и славянского этносов (Батурич В.А.), фармакогенетическое титрование (Сулейманов С.Ш.), а также целевые экономические показатели работы технологической платформы для фармакогеномных и фармакопротеомных исследований (Сарвилина И.В.).

Особый интерес участников конференции вызвала пленарная сессия «Управление качеством в медицинских организациях», на которой были представлены результаты практической деятельности по внедрению формулярной системы в деятельность медицинских организаций в различных регионах России.

Круглый стол, посвященный изучению проблемы инсульта в нашей стране, внедрению стандартов медицинской помощи, вызвал большое количество споров между органи-

заторами здравоохранения и практикующими врачами неврологами. В основном вопросы касались принятых схем фармакотерапии инсульта и современных принципов эффективной, доказательной терапии.

На открытом заседании Формулярного комитета (председатель академик РАН и РАМН Воробьев А.И.) рассматривались вопросы формирования Формулярного Перечня и Справочника лекарственных средств для студентов (для преподавания курса клинической фармакологии); Перечня и Справочника лекарственных средств, применяемых в педиатрии; Перечня лекарственных средств для оказания медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях (амбулаторный формуляр). Также были рассмотрены предложения о включении лекарственных средств в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств и в Перечень жизненно необходимых лекарственных средств Формулярного комитета. Выход в свет обсуждаемых перечней и справочников запланирован на 2007 год.

Всего на конференции было представлено более 60 устных выступлений и 6 стендовых докладов.

В рамках конференции было проведено общее собрание членов Межрегиональной общественной организации «Общество фармакоэкономических исследований» (МОО-ОФИ), на котором были заслушаны отчеты филиалов (Ставропольский, Хабаровский, Челябинский, Ярославский, Саратовский, Ростовский, Казахстанский) о работе Общества за год, определены перспективы дальнейшей работы Общества.

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

По итогам конференции принята резолюция.

ПРОТОКОЛЫ МГНОТ

ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ АНГИОЛОГИЧЕСКОЙ СЕКЦИИ МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ от 16.11.2005 г.

Сопредседатели секции:

член-корр. РАМН, проф. А.И. Кириенко;
проф. М.П. Савенков; проф. В.А. Парфенов.

Оппонент: проф. П.А. Воробьев

Секретарь: к. м. н. Л.А. Положенкова

Повестка дня: «Пример из клинической практики. Что в первую очередь?» Заседание открыл М.П. Савенков, представив слово докладчикам:

1. Проф. В.А. Парфенов (ММА им. И.М. Сеченова). «Ошибки в диагностике и профилактике ишемического инсульта».

В докладе обсуждаются вопросы, касающиеся диагностики, лечения и профилактики ишемического инсульта. Внимание обращено на возможные ошибки, которые бывают при постановке диагноза или назначении лечебно-профилактических мероприятий. Заболеваемость и смертность от инсульта остаются одними из самых высоких в мире. В стране проживает более 1000000 людей, перенесших инсульт, половина из них являются инвалидами. Такое положение частично объясняется тем, что терапевты и кардиологи, к которым в первую очередь обращаются больные с любым заболеванием, недостаточно знакомы с цереброваскулярной патологией. Докладчик представил клинико-диагностические возможности и лечебно-профилактические мероприятия ишемического инсульта, составляющие 75–80% от всех инсультов. Диагноз «ишемический инсульт» основывается на остром развитии очаговых неврологических нарушений, характерных для поражения одного из сосудистых бассейнов мозга, и данных инструментального осмотра (компьютерная томография, ядерно-магнитно-резонансная томография, УЗИ, церебральная ангиография). Подчеркнул, что без КТ или ЯМР головы ошибка в диагностике ишемического инсульта остается очень высокой. Самой частой ошибкой при постановке диагноза ишемического инсульта является наличие симптома головокружения, что подтвердил ярким клиническим примером: Б.А., 58 лет, с 1998 г. страдала приступами головокружения, сопровождавшихся рвотой и артериальной гипертензией. Лечили по поводу гипертонической кризиса, без особого эффекта. В дальнейшем приступы продолжались, при проведении ЯМР головы патологии выявлено не было, однако больной поставлен диагноз ишемический инсульт, переведена на инвалидность II гр. В последующие годы головокружения участились, и в один из приступов больная была госпитализирована в неврологическую клинику, где диагноз ишемический инсульт не подтвердился, но выявили патологию внутреннего уха, подтвержденную отоневрологами. Подобные ошибки отмечены у 15–20% больных, госпитализируемых в клинику по поводу острого нарушения мозгового кровообращения. Даны схемы лечения ишемического инсульта, прежде всего атеротромботического (антиагреганты, антикоагулянты, статины и др.). Обращено внимание на 2 момента: из группы антиагрегантов предпочтение следует отдавать клопидогрелу (снижает риск развития ишемического инсульта на 20–30%) и, если ишемический инсульт развивается на фоне артериальной гипертензии, то назначаются гипотензивные средства. Однако резко снижать артериальное давление категорически противопоказано, особенно в первые сутки после ишемиче-



ского инсульта. В заключение докладчик сказал, что возможность развития повторного ишемического инсульта в первые 5 лет после первого составляет 30%, в этой связи необходимо проводить вторичную профилактику у таких больных. Только точная диагностика, адекватные лечебно-профилактические мероприятия будут способствовать снижению заболеваемости и смертности от инсульта среди всех слоев населения.

Вопросы к докладчику:

Вопрос М.П. Савенкова: Кто должен лечить больных, перенесших ишемический инсульт или транзиторную ишемическую атаку, ведь их ведут терапевты?

Ответ: Только невролог.

Вопрос: Можно ли определить дома доброкачественное позиционное головокружение?

Ответ: Есть некоторые признаки — головокружение при поворачивании в постели, появление нистагма и др., но лучше вовремя провести консультацию отоневролога.

Вопрос: Как долго следует назначать антиагреганты после ишемического инсульта?

Ответ: Не менее 1–4 месяцев.

Замечание М.П. Савенкова: Известно, что сейчас у нас вооружении много гипотензивных средств с разным механизмом действия, но главное, что надо делать при их назначении — титровать дозы.

Выступление П.А. Воробьева: Спорить и дискутировать по поводу лечения инсульта не нужно, т. к. существуют протоколы по ведению таких больных и их нужно знать. Отметил, что пора прекратить использовать направо и налево клофелин, в ближайшее время будет обсуждаться необходимость его применения в формулярном комитете. При назначении аспирина следует знать, что препарат как антиагрегант не работает в 36% случаев.

Ответ докладчика: Не согласен с позицией П.А. Воробьева, т. к. клофелин еще обладает нейролептическим действием, а аспирин — антиспастическим. Во всем мире говорят, что все оценить при ишемическом инсульте трудно, а механизм агрегации тромбоцитов разный и нам следует исходить из этого положения.

2. Проф. М.П. Савенков (ГОУ ВПО РГМУ).

«Примеры из клинической практики.

Что в первую очередь?»

В докладе акцентируется внимание врачей на то, что в настоящее время больных лечить необходимо с учетом «Основ законодательства...», существующих с 1993 г. Современное ведение больных проводится по разработанным стандартам, но при этом больной тоже активно участвует в своем лечении. Перечислив не только обязанности врача, но и права больного, докладчик продемонстрировал несколько убедительных клинических примеров, как врачу следует «организовывать» сотрудничество с больными. Приводим один из них: больной Б. 65 лет, художник, много лет лечился по поводу распространенного атеросклероза, трижды оперирован в институте им. А.В. Вишневского по поводу стеноза сонной артерии и др. сосудов (удаление бляшек). Однако каждый раз эффект был кратковременным, обострение заболевания (резкие головные боли, перемежающаяся хромота и т. д.) возникало через 3 месяца после операции, оно прогрессировало, больной оставил работу. Более того, его также беспокоили боли в животе, он лечился по поводу язвенной болезни. Вот с таким анамнезом и состоянием больной поступает в клинику М.П. Савенкова, где после тщательного обследования принимается решение о необходимости его лечения плавиксом. Больной предупрежден

ИнтерНьюс

Есть готовность провести операцию по пересадке донорской матки

Так заявила группа хирургов нью-йоркской больницы New York Downtown Hospital под руководством доктора Д. Дель Приоре. Они уже выбрали несколько потенциальных доноров и в настоящее время проводят консультации с предполагаемыми пациентами. Первая в мире пересадка матки была проведена в Саудовской Аравии в 2002 году и закончилась неудачей: через 100 дней после операции донорский орган пришлось удалить из-за массивного образования тромбов в кровеносных сосудах. Месяц назад группа Дель Приоре в сотрудничестве с исследователями из Питтсбургского университета успешно провела пересадку матки самке макаки-резуса. По данным ученых, им удалось обеспечить полное восстановление кровоснабжения пересаженного органа и предотвратить его отторжение. Потенциальными пациентками американских врачей являются тысячи женщин с удаленной маткой и нормально функционирующими яичниками. Пересадка донорской матки вновь позволила бы им иметь детей. В настоящее время единственным выходом для таких пациенток является экстракорпоральное оплодотворение с имплантацией зародыша в матку суррогатной матери. Сейчас исследователи намерены проследить ход беременности у подопытного животного. Впрочем, по словам д-ра Дель Приоре, этот эксперимент не является строго необходимым, поскольку безопасность такой процедуры для реципиента была подтверждена в ходе предыдущих исследований. Впрочем, ряд американских специалистов не разделяют оптимизм Дель Приоре, скептики, в частности, указывают на большое число и сложную структуру сосудов, обеспечивающих кровоснабжение матки, на быстрый рост этого органа во время беременности, а также на потенциальную опасность, которую использующиеся для предотвращения отторжения донорских тканей препараты представляют для развивающегося плода. Для того, чтобы снизить риск образования тромбов при пересадке, медики намерены увеличить число кровеносных сосудов, которые будут пересажены вместе с маткой, а также использовать во время операции повышенные дозы препаратов, снижающих свертываемость крови. Наиболее вероятным источником донорских органов для подобных операций являются пациенты с погибшей корой головного мозга — например, жертвы черепно-мозговых травм. Впрочем, не исключается и использование органов живых людей. Некоторые ученые полагают, что наиболее благоприятным донором при пересадке матки может быть близкий родственник пациентки, например, ее мать. Как правило, близкое родство между донором и реципиентом позволяет врачам существенно снизить риск отторжения и дозы иммунодепрессантов, использующихся для его предотвращения.

Источник:
сайт Солвей Фарма

Ежегодно примерно 700 000 американцев, особенно старше 65 лет, испытывают побочные действия лекарственных препаратов, которые вызывают необходимость экстренной госпитализации

Об этом сообщают D.S. Budnitz и соавторы. Среди этих побочных действий аллергические реакции, неумышленное превышение назначенной дозы, вторичные эффекты препаратов и реакции на вакцинацию. Побочные действия препаратов среди амбулаторных пациентов старшего возраста являются одной из важных причин смертности в США. Наибольшее количество побочных действий отмечается среди таких препаратов, как варфарин, противодиабетические средства, дигиталис, гликозиды, теофиллин и литий.

Источник:
JAMA 2006; 296: 1858-1866

Продолжение на стр. 7

ИнтерНьюс

Сколько стоит метаболический синдром?

Доктором А.Л. Хохловым с коллегами был проведен клинико-экономический анализ лечения пациентов с метаболическим синдромом в стационаре и в течение года после выписки амбулаторно. Показано, что в традиционной практике у пациентов с метаболическим синдромом не достигаются средние терапевтические дозы ряда антигипертензивных препаратов, а также максимально возможные суточные дозы сахароснижающих средств, следствием чего является низкий процент достижения целевых цифр артериального давления и целевого уровня гликемии. Наиболее экономически приемлемой для достижения целевого артериального давления является монотерапия селективными β-блокаторами и ингибиторами АПФ, наиболее экономически выгодной комбинацией — диуретик + ингибитор АПФ. Наиболее эффективными, полезными и экономически обоснованными сахароснижающими препаратами явились препараты глибенкламида (манинил-5 в стационаре, глибенкламид — при лечении амбулаторно). Пациенты реже, чем рекомендовано, применяют антигипертензивные препараты основных групп, отдавая предпочтение рутинным препаратам. Для снижения уровня гликемии как лечащие врачи, так и пациенты предпочитают производные сульфонилмочевины, недостаточно используя препараты из группы тиазолидиндионов и бигуанидов.

Источник: Проблемы стандартизации в здравоохранении, № 6, 2006

Физическая активность снижает риск инсульта

К такому выводу пришел д-р Ф. Минт (Кембриджский Университет, Великобритания), проанализировав данные 22602 участников исследования European Prospective Investigation into Cancer-Norfolk. С 1993 по 1997 гг. участники периодически заполняли вопросники, касающиеся физической активности в рабочее время и свободные часы. По общему уровню физической активности все участники были разбиты на четверти. В 1-ю четверть вошли лица с сидячей работой, физически не активные в свободное время, в 4-ю — лица с сидячей работой, но физически активные (не менее 1 ч) в свободное время, а также лица, занятые физическим трудом. За среднее время наблюдения 8,6 лет был зарегистрирован 361 случай инсульта. По сравнению с 1-й четвертью, у лиц из 4-й четверти риск инсульта был достоверно ниже: относительный риск 0,70. Снижение риска инсульта отмечалось и во 2-й, и в 3-й четверти. Данная ассоциация сохранялась и после поправки на пол, систолическое АД, индекс массы тела, уровни холестерина, наличие диабета, статус курения.

Источник: Neuroepidemiology 2006; advance online publication

Курение плохо влияет на сексуальную функцию

Для оценки данного предположения было обследовано 1150 пациентов с эректильной дисфункцией. Всех пациентов проанкетировали по SIEDY, учитывающей органические, относительные и психологические факторы, а также предложили заполнить MHO психометрический тест. Также были проанализированы некоторые биохимические и инструментальные параметры для оценки биологического компонента эректильной дисфункции. У курильщиков оказалась выше степень активации гипоталамо-гипофизарной системы (выше уровень ЛГ, тестостерона и объем яичка) и ниже уровень пролактина и ТТГ, чем у некурящих или бросивших курить пациентов. Уровни гормонов пришли в норму после прекращения курения. У курильщиков наблюдалась повышенная тревога, они были более неудовлетворены своим образом жизни. Курение также было связано со злоупотреблением алкоголем и марихуаной. И курящие, и бросившие курить пациенты имели худшие субъективные и объективные показатели эрекции. Причиной этих изменений могут быть изменения липидного профиля, вызванные курением, или прием лекарственных препаратов, влияющих на сексуальную функцию.

Источник: G. Corona, Bologna, Italy, The aging male, Vol. 9 (1), March 2006, p. 34

Начало на стр. 1 ↗

протокола. В стационарах соблюдение на сегодняшний день стандартов и вообще современных рекомендаций достаточно близко к 100%. Слабое звено — амбулаторное, там соблюдение стандартов в полной мере не проводится. Слабое звено еще почему — никогда не было формуляров амбулаторных учреждений. Врач может выписывать все что угодно согласно его профессии, и неправомерно было внедрение формуляра в амбулаторной сети. Это слабое кадровое место, которое трудно было в свое время решить. Но с приоритетным национальным проектом «Здоровье» появился приток свежих кадров. Перераспределение в прошлом году было, появились люди, которые хотят работать в поликлиниках, первые семейные врачи появились, но они, конечно, ориентированы больше на удаленные участки, районы, в первую очередь там их будущее. Перспектива в этом наметилась, но для того, чтобы улучшить качество на амбулаторном этапе, нужны еще специальные проекты, здесь недостаточно только ДЛО. В нем ошибок очень много, к тому же сейчас оно покрывает в основном инвалидов, а если взять пациентов с факторами риска, еще не инвалидов, то они не охватываются. Нужны специальные программы не только с льготниками, эта область осталась неохваченной. Перспектив много. Президентская программа привлекает дополнительное внимание, средства, дополнительное внимание, и я думаю, что решится и на амбулаторном этапе многое.

— П.В.: Но ведь не все было так здорово, я помню, например, как Ваши товарищи рассказывали, что закупили какой-то дешевый ингибитор АПФ, который оказался по эффективности равный меду, закупили довольно много, такой «прокол» был. И на вопрос что делать я им ответил довольно грубо, что сначала дженерик нужно было проверить на эффективность, прежде чем просто так выбрасывать деньги. Бесплатный сыр бывает только в мышеловке. Об этом был разговор — о необходимости сравнительного анализа дженериков за год до закупки, выслушали, ничего не сделали и выбросили деньги. Наверняка было какое-то сопротивление со стороны специалистов, наверняка были какие-то инсинуации?

— А.Х.: Нужно отметить, что довольно серьезная поддержка все эти годы была от Общества фармакоэкономических исследований, что способствовало решению многих проблем. Сопротивление, конечно, было, оно и остается. С чем оно связано? С тем, что есть определенные стереотипы в работе, давление фармацевтических компаний и здесь остаться самим собой и остаться преданным истине довольно сложно. В нашем мире очень трудно найти независимого эксперта или соответствующее доказательное исследование, мы знаем, что у любого доказательства много ловушек, в которые легко попасть. Это очень сложный вопрос, поэтому, что сейчас био-

медицинская информация многократно увеличивается. Еще Бехтерев в 1886 году, т. е. 120 лет назад писал, что появилось так много информации, что никому невозможно ее прочитать и использовать все доступное, поэтому нужно читать с выбором, только то, что необходимо (вольным стилем пересказываю). Сейчас это ни одному врачу сделать невозможно, поскольку обвал информации колоссальный. И, наверно, стоит вопрос о том, чтоб страховать каким-то образом от этого обвала. У нас пока никакого фильтра на государственный уровень, который бы регламентировал издания по значимости, информативности, достоверности, нет. Есть специальные министерские структуры, которые занимаются обучением студентов этот вопрос как-то решен, но выходит масса книг, рекламных изданий, которые подчас используют громкие имена, в том числе и в учебниках. И где правда, где неправда — очень сложно разобраться. Если раньше можно было дженерик все-таки изучить, и 5—6 дженериков можно было сравнить в клинических условиях, то сейчас если по 25 дженериков, не хватит человеческой жизни, чтоб отследить всю текущую информацию. Что значит оценить эффективность дженерика? Это значит, согласно стандартам фармакоэкономических исследований, в группе должно быть не меньше 30 человек, а еще лучше — 50.

Естественно, если речь идет о каких-то редких заболеваниях, то уже набор больных, регламентация временем не выдерживает, то есть пройдет год, чтобы провести какое-то исследование, которое включает 100 человек. Сейчас говорят, что большинство дженериков стали проходить экспертизу, доклинические исследования, но я пока не видел отчетов полноценных, которые могли бы на региональном уровне предоставить фирмы-производители. Далеко не по всем препаратам есть достоверные отчеты.

— А.В.: А биоэквивалентность?

— А.Х.: Не играет она здесь достоверной роли, поскольку когда препарат регистрируется, допускаются отклонения от 100%, то есть там могут быть допущены отклонения до 5%. Но вы сами знаете, что не всегда 3% концентрации дают



3% в эффекте. Кривая может отличаться от брэнда. Плюс еще изомеры.

— П.В.: Есть лаборатория в Москве, в которой исследования на биоэквивалентность проводят с такой скоростью, что никакая система исследований эту скорость обеспечить не может. То есть на самом деле никакие исследования биоэквивалентности не проводятся, а только пишется отчеты.

— А.Х.: Проверить почти невозможно, это придется делать на каждом этапе. Наверно, нужно просто ограничивать количество дженериков. Ни одна страна в мире не использует столько дженериков, сколько мы. У нас их слишком много, и, конечно, это отрицательно влияет, это затрудняет лечение, слишком большой выбор, и врачи и пациенты путаются. Сами врачи не понимают, с чем связано ускользание эффекта. Это очень трудно отследить. Поэтому я считаю, что ограничение регистрации дженериков было бы одним из выходов, причем одним из ограничений могло бы быть наличие достоверных клинических исследований.

— П.В.: Даже если они и проведены, то они сегодня абсолютно недоступны, они остаются в файле регистрации и не появляются никогда и нигде, ни при каких условиях. Поэтому никто и нигде, ни один специалист не знает, насколько что биоэквивалентно. А биоэквивалентность — это как фетиш. Можно сказать, что препарат биоэквивалентен, а на самом деле он может быть с измененной молекулой, право- или левовращающий изомер, может находиться в какой-то капсуле или в матрице, которая не так выделяет, могут быть примеси, которые могут давать осложнения. Масса вопросов, которые не позволяют говорить о том, что биоэквивалентность — окончательный критерий оценки соответствия препаратов. Поэтому мы уже давно говорим о терапевтическом соответствии, но таких исследований нет вообще, то есть они проводятся иногда...

— А.Х.: Они проводятся, но ни один институт и даже группа институтов не способен взять на себя все исследования по дженерикам. Это очень большая работа, очень большой поток информации.

— А.В.: И как Вы выходите из этой ситуации по закупкам?

— А.Х.: У нас в свое время было принято решение не закупать препараты, опыт применения которых на территории Ярославской области менее полугода. Это как-то срабатывает: если препарат находился на рынке и использовался в больницах, не имеет отрицательных отзывов (речь только о дженериках), то он может быть допущен к закупке

Продолжение на стр. 7 ↗

КЛИНИЧЕСКАЯ ГЕРОНТОЛОГИЯ

- ❖ Ежемесячный толстый научно-практический медицинский журнал. Выходит с 1995 г.
- ❖ Предназначен для практических врачей различных специальностей и социальных работников, которым постоянно приходится решать многие клинические и социальные проблемы больных пожилого и старческого возраста.
- ❖ Знакомит читателя с фундаментальными вопросами биологии и патофизиологии старения, особенностями течения и терапии различных заболеваний в позднем возрасте, современными методами диагностики и лечения, социальными вопросами, организации здравоохранения, этическими вопросами, законодательством.
- ❖ Имеет следующие разделы: передовые, оригинальные статьи, обзоры, лекции, письма в редакцию, заметки из практики, вопросы этики, деонтологии, медико-социальные проблемы, информация о новых лекарственных препаратах, конференциях, съездах, симпозиумах, рефераты статей, опубликованных в зарубежных журналах, ситуационные задачи с ответами и комментариями к ним; одна из рубрик журнала посвящена творческому долголетию.

Наш адрес: 115446, г. Москва, Коломенский проезд, 4. ГКБ №7.
тел./факс: (095) 118-74-74, E-mail: mtpndm@dol.ru, www.zdrav.net, www.zdravkniga.net.
Индекс журнала 72767 по каталогу агентства РОСПЕЧАТЬ «ГАЗЕТЫ И ЖУРНАЛЫ»

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 — обосновывать свои мнения доказательствами эффективности, а не ссылками на «общеупотребительность» или «так принято».

СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ФЕНИЛКЕТОНУРИЕЙ

1. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА

Нозологическая форма: Фенилкетонурия

Категория возрастная: дети, взрослые

Код по МКБ-10: E70.0

Фаза: нет

Стадия: нет

Осложнение: любые осложнения

Условие оказания: амбулаторно-поликлиническая помощь

Приложение
к приказу Министерства
здравоохранения и социального развития
Российской Федерации
от 22 ноября 2004 г. № 250

1.1. ДИАГНОСТИКА

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
V.03.032.01	Неонатальный скрининг	1	1
V.01.006.01	Прием (осмотр, консультация) врача генетика	1	1
A.01.31.013	Сбор анамнеза и жалоб при генетическом консультировании	1	1
A.01.31.014	Визуальное исследование при генетическом консультировании	1	1
A.01.31.015	Составление родословной	1	1
A.11.05.001	Взятие крови из пальца	1	1
A.09.05.089	Исследование уровня фенилаланина в крови	1	1
A.09.05.102	Исследования уровня аминокислот и их производных в крови	1	1
A.12.05.013	Исследование хромосомного аппарата (кариотип)	0,01	1
V.01.031.01	Прием (осмотр, консультация) врача-педиатра первичный	1	1
V.01.035.0	Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра первичный	0,01	1

1.2. ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА 6 МЕСЯЦЕВ

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A.02.01.001	Измерение массы тела	1	6
A.02.03.005	Измерение роста	1	6
A.02.03.002	Измерение окружности головы	1	6
A.08.05.009	Определение цветового показателя	1	2
A.11.05.001	Взятие крови из пальца	1	6
A.09.05.089	Исследование уровня фенилаланина в крови	1	6
A.09.05.003	Исследование уровня общего гемоглобина в крови	1	6
A.08.05.004	Исследование уровня лейкоцитов в крови	1	2
A.09.05.010	Исследование уровня общего белка в крови	1	2
A.09.05.102	Исследования уровня аминокислот и их производных в крови	1	1
A.03.016.06	Исследование мочи	1	2
A.11.12.009	Взятие крови из периферической вены	0,01	1
A.09.05.013	Определение альбумин/глобулинового соотношения в крови	0,01	1
A.09.05.007	Исследование уровня железа сыворотки крови	0,01	2
V.01.006.01	Прием (осмотр, консультация) врача-генетика	1	2
V.01.031.02	Прием (осмотр, консультация) врача-педиатра повторный	1	6
A.25.31.018	Расчет суточной энергетической ценности с учетом физиологической массы тела и физических нагрузок	1	3
A.25.30.002	Назначение диетической терапии при заболеваниях психической сферы	1	3
V.01.035.02	Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра повторный	0,01	1
A.13.30.001	Патопсихологическое обследование	1	1
A.13.30.005	Психотерапия	1	1
A.13.30.007	Психоанализ	1	1
A.25.30.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях психической сферы	0,01	1
A.25.30.003	Назначение лечебно-оздоровительного режима при заболеваниях психической сферы	1	1
A.13.31.006	Обучение уходу за больным ребенком	1	1
A.05.23.001	Электроэнцефалография	0,1	1

Лечебное питание	Частота	ОДД**	ЭКД*** назначения
Специализированный продукт лечебного питания для больных фенилкетонурией	1	150 г (средние показатели, без учета возраста ребенка)	27 000 г

* — анатомо-терапевтическо-химическая классификация.

** — ориентировочная дневная доза.

*** — эквивалентная курсовая доза.

СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

1. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА

Категория возрастная: взрослые, дети

Нозологическая форма: холецистит

Код по МКБ-10: K81

Фаза: обострение

Стадия: нет

Осложнение: без осложнений

Условие оказания: амбулаторно-поликлиническая помощь

Приложение
к приказу Министерства
здравоохранения и социального развития
Российской Федерации
от 23 ноября 2004 г. № 262

2.1. ДИАГНОСТИКА

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.14.001	Сбор анамнеза и жалоб при болезнях печени и желчевыводящих путей	1	1
A01.14.002	Визуальное исследование при болезнях печени и желчевыводящих путей	1	1
A01.14.003	Пальпация при болезнях печени и желчевыводящих путей	1	1
A01.14.004	Перкуссия при болезнях печени и желчевыводящих путей	1	1
A05.10.001	Регистрация электрокардиограммы	0,1	1
A05.10.007	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных	0,1	1
A08.05.004	Исследование уровня лейкоцитов в крови	0,5	1
A08.05.006	Соотношение лейкоцитов в крови (подсчет формулы крови)	0,5	1
A09.05.023	Исследование уровня глюкозы в крови	0,3	1
A04.14.001	Ультразвуковое исследование печени	1	1
A04.14.002	Ультразвуковое исследование желчного пузыря	1	1
A06.14.005	Пероральная холецистография и холангиография	0,05	1

1.2. ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА 7 ДНЕЙ

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.14.001	Сбор анамнеза и жалоб при болезнях печени и желчевыводящих путей	1	2
A01.14.002	Визуальное исследование при болезнях печени и желчевыводящих путей	1	2
A01.14.003	Пальпация при болезнях печени и желчевыводящих путей	1	2
A01.14.004	Перкуссия при болезнях печени и желчевыводящих путей	1	2
A04.14.001	Ультразвуковое исследование печени	0,2	1
A04.14.002	Ультразвуковое исследование желчного пузыря	0,2	1
A06.14.005	Пероральная холецистография и холангиография	0,005	1
A08.05.004	Исследование уровня лейкоцитов в крови	0,5	1
A08.05.006	Соотношение лейкоцитов в крови (подсчет формулы крови)	0,5	1
A09.05.021	Исследование уровня общего билирубина в крови	0,5	1
A09.05.022	Исследование уровня свободного и связанного билирубина в крови	0,5	1
A09.05.041	Исследование уровня аспарат-трансаминазы в крови	1	1
A09.05.042	Исследование уровня аланин-трансаминазы в крови	1	1
A09.05.044	Исследование уровня гамма-глутаминтрансферазы в крови	0,01	1
A09.05.046	Исследование уровня щелочной фосфатазы в крови	0,01	1
A11.05.001	Взятие крови из пальца	1	1
A11.12.009	Взятие крови из периферической вены	0,5	1
A25.14.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях печени и желчевыводящих путей	1	1
A25.14.002	Назначение диетической терапии при заболеваниях печени и желчевыводящих путей	1	1

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД**	ЭКД***
Средства для лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта			0,5		
	Спазмолитические средства		1		
		Дротаверин	1	0,12 г	0,84 г

* — анатомо-терапевтическо-химическая классификация.

** — ориентировочная дневная доза.

*** — эквивалентная курсовая доза.

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? **БЕСПЛАТНО!**

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**

Начало на стр. 1, 4 ↗

на усмотрение главного врача, заведующего аптекой. Естественно, новый препарат закупается в ограниченном количестве, так как закупка сразу на централизованном уровне может повлечь за собой большие проблемы. Но очень трудно оценить эффективность и безопасность по рутинной практике.

— П.В.: Врачи ведь не сообщают о осложнениях терапии или ее неэффективности.

— А.Х.: У нас казуистика, чтоб кто-то подал в суд.

— А.В.: То есть Вы думаете, что если бы был мел, то «выплыло» бы за пол-года?

— П.В.: Всплыло бы, если делались бы какие-то сравнительные, желательны рандомизированные исследования. Никаких исследований никто не делал. Ведь на самом деле никакой программы нет таких исследований, центра нет, где эта информация бы отслеживалась, хотя по идее клиническая фармакология должна бы заниматься этим.

— А.Х.: Мы занимаемся этими исследованиями.

— П.В.: Но в своих научных целях, это капля в море.

— А.Х.: Мы ведь ограничены в финансировании...

— А.В.: Побочные эффекты реально отслеживаются?

— А.Х.: Они отслеживаются, но, к сожалению, в российской действительности ни один доктор в этом не заинтересован. Вдобавок — это дополнительная работа — заполнение форм-извещений, последующие проверки. Привлечение огня на себя. Побочные эффекты на сегодня — это очень большая проблема, и не только для типичной практики, но и для больших трайлов. Прочитав инструкцию к препарату, мы знаем, что самые безопасные препараты имеют массу побочных эффектов, а самые опасные, давно используемые препараты не имеют никаких побочных эффектов. Часто попадают в побочные эффекты такие промежуточные состояния, как общая слабость, недомогание, тяжесть в желудке, которые иногда могут быть у человека как проявление нормы. Только тяжелые побочные эффекты фиксируются, и то связь доказать очень сложно.

— А.В.: А новомодное течение — фармакогенетика — играет для вас какую-то роль практическую?

— А.Х.: Это очень интересная область знаний. Фармакогенетика — это не только разная эффективность и чувствительность к препаратам. Уже появляются препараты, которые действуют на геном человека, начали создавать препараты для неспецифического язвенного колита, болезни Крона. Даже атеросклероз пытаются лечить препаратами на уровне генома. Но в плане индивидуальной чувствительности это, конечно, имеет значение при назначении препаратов сильнодействующих, либо потенциально дающих серьезные осложнения, например, варфарина. Но на практике пока не используем — это очень дорогостоящие процедуры. Исследования могут оказаться нерентабельными, они только для больших городов.

— П.В.: С варфарином может оказаться рентабельным: его должны бы назначать много, а когда будет много, то много будет и геморрагических осложнений, включая желудочно-кишечные. Фармакогенетика позволяет снизить частоту осложнений, поэтому, наверное, это будет экономично.

— А.Х.: Бета-блокаторы, наверно проще: давление померить, пульс посчитать и подобрать титрованием дозу, чем, допустим, определять уровень цитохромов и т. д., а в результате также придется подбирать дозу. Но все равно — пока это будущее.

— А.В.: А студентов интересует сейчас клиническая фармакология или им на ней скучно?

— А.Х.: Мы неоднократно анкетирование студентов проводили, практически все они заявляют, что нужно увеличивать количество часов на клиническую фармакологию. Безумный рост информации, особенно по внутренним болезням, требует помощи клинической фармакологии. Диагностика, конечно, тоже шагает вперед, но инструментально почти ничего нового не придумано, темпы с прогрессом в фармакотерапии сравниться не могут.

— А.В.: А с больными на кафедре клинической фармакологии студенты работают или это голая теория?

— А.Х.: С этого года в нашем ВУЗе по клинической фармакологии недельные элективные курсы на 4, 5 и 6-ом курсах. Студенты в обязательном порядке смотрят больных, пишут историю болезни о взаимодействии и безопасности препаратов. Причем акцент там поставлен не на подтверждении диагноза, а именно на эффективности, безопасности, взаимодействии лекарственных препаратов, на подборе оптимальных схем. Кроме того, делаем акцент на компьютерной презентации, который публикуется на сайте академии, это приобщается как студентам, так и врачам.

— А.В.: А врачей, кого вы учите клинической фармакологии?

— А.Х.: У нас есть цикл, который занимается переподготовкой специалистов с высшим образованием. Готовим не только на Ярославскую область. В Ярославле сейчас где-то около 10 специалистов работает.

— А.В.: То есть даже не в каждой большой клинике?

— А.Х.: Увы. Если взять с нашей кафедрой, то, может, около 20 человек. Только в одной районной больнице есть клинический фармаколог. Не выделены ставки, хотя приказ есть, как-то о нем забыли. Раньше клинические фармакологи работали в основном в стационарах с тяжелыми больными. С введением ДЛО почти все главные врачи клинических фармакологов ориентируют на поликлиническое звено. Они проводят консультацию тяжелых больных при полипрагмазии, при наличии осложнений, в случае сомнений по эффективности препаратов, анализируют амбулаторные карты, проводят экспертизу. Наша кафедра тоже активно участвует в экспертной работе с ОМС. Когда появились препараты, только тогда стали считать, но и то пока не в достаточном объеме.

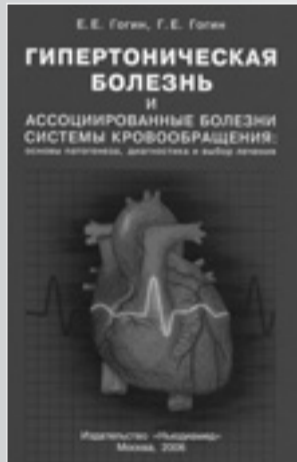
Беседовали П. Воробьев и А. Власова

ИнтерНьюс

Почему крысы-женщины справляются со стрессом лучше, чем крысы-мужчины

Это объяснили американские ученые в исследовании, проведенном на крысах. После изоляции с последующим острым стрессом происходит стимуляция иммунной системы у самок, у самцов, напротив, происходит снижение иммунитета. В исследовании, проведенном учеными из Чикагского университета под руководством Г. Гермес, было задействовано 120 крыс (60 самок и 60 самцов). Спустя 28 дней после рождения часть грызунов изолировали на 72 дня. Для того, чтобы оценить влияние длительной изоляции (аналог хронического социального стресса у человека) на иммунитет, половине животных из обеих групп (изолированных и неизолированных) проводили инъекции чужеродного вещества — морских водорослей. Выяснилось, что и у самок, и у самцов крыс, пребывавших в изоляции, заживление происходило медленнее, чем в контрольной группе, и существенно не различалось. Другую половину крыс из обеих групп подвергли острому 30-минутному стрессу, поместив каждого грызуна в замкнутую пластиковую трубку, имитировавшую обрушение норы животного. Спустя 2 недели после эксперимента крысам также провели инъекции водоросли. Выяснилось, что после острого стресса воспалительный ответ у самок крыс значительно возрос, в результате чего стимулировалось и ускорилось заживление. У самцов реакция оказалась противоположной: иммунный ответ был намного слабее и заживление затягивалось. Исследование дает возможное объяснение того факта, что мужчины, находясь в социальной изоляции, более восприимчивы к заболеваниям и живут меньше, чем находящиеся в изоляции женщины, сообщила Г. Гермес. Воспалительная реакция является важным показателем иммунного ответа. Подавление иммунитета способствует развитию инфекционных заболеваний, рака и сердечных заболеваний, констатируют исследователи.

Источник: medlinks.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, вариабельной 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.

Начало на стр. 3 ↗

о возможном развитии осложнений, связанных с его приемом (кровотечение и др.), но решение принимает сам больной, соглашаясь на эту терапию. В дальнейшем лечение проводится только консервативное и комбинированное. Больной вернулся к работе, головные боли не беспокоят, ходит пешком по 6—7 км в день, рецидива язвы не было и т. д. Наблюдение продолжается 6 лет. На последующих клинических примерах приводятся схемы лечения артериальной гипертонии, являющейся главным фактором риска развития атеротромбоза. Дана тактика ведения больных с артериальной гипертонией (необходимость плавного снижения артериального давления до целевого уровня — менее 140/90 мм рт. ст.; назначение комбинированной гипотензивной терапии, препараты с селективным действием и т. д.).

Вопросы к докладчику:

Вопрос: Как Вы относитесь к назначению клофелина больным с артериальной гипертонией?

Ответ: Если у врача нет другого выбора, то его можно использовать с оговоркой о возможных нежелательных побочных эффектах.

Вопрос: Ваше личное мнение по поводу лечения больного по стандартам?

Ответ: Медицина — жесткая. Например, если больному после ишемического инсульта не провели лечение плавиксом, то за это уже нужно будет отвечать.

Вопрос: Как быть, ведь плавикс очень дорогостоящий препарат?

Ответ: Да, это так, теперь назначать препарат необходимо с учетом условий, в которых больной окажется. Согласно Закону врач обязан обсуждать с больным стоимость лечения, если оно превышает 4 минимальные зарплаты. Платить-то больному.

Выступление проф. П.А. Воробьева: К сожалению, нам еще долго придется сталкиваться с противоречиями, имеющими сегодня место. Лечение больного следует проводить по стандартам, которые входят в практику врача. Вместе с тем, существует такой факт, согласно которому, врач подал жалобу в Верховный суд РФ на то, что его ограничивают в действиях, заставляя лечить по стандарту. Выбор больным лечения — это позиция неправильная, больной не грамотен в медицине и вопрос этот самостоятельно решить не может. Речь должна идти об информированном согласии, а не просто о решении пациента.

Ответ М.П. Савенкова: Не согласен с такой позицией П.А. Воробьева. Глотать лекарства приходится больному, а не врачу, да и платить тоже.

В заключение М.П. Савенков поблагодарил всех присутствующих на заседании. Еще раз подчеркнул, что пора «работать согласно закону». Врач, конечно же, должен разбираться в своих правах, иначе народ нас не поймет и «поднимет на вилы», никакой министр здравоохранения не поможет.

Создан Общественный совет по защите прав пациентов при Росздравнадзоре

В марте 2006 г. Общероссийская лига защиты прав пациентов написала письмо в Администрацию Президента, где выразила недоумение, что Росздравнадзор не занимается защитой прав пациентов, и просьбу создать институт уполномоченного по их правам. Ближе к лету один из сотрудников Росздравнадзора вышел с идеей создания Общественного совета. Совет будет находиться при Росздравнадзоре, по аналогии с Общественной палатой. Его задача — конструктивная критика деятельности органов власти плюс собственные инициативы. Формально это рекомендательный орган, но на его заседания планируется приглашение чиновников и медиков, он может направлять запросы органам государственной власти, медицинским организациям. Сейчас в составе совета 20 человек, и это не предел — будут создаваться экспертные группы, комиссии, туда смогут входить и не члены совета.

Новый орган состоит из очень разнородных специалистов, это и врачи, и юристы, и ученые, и страховщики, например, доцент Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова, ведущий специалист в области прав пациентов в фармакологии Елена Вольская; директор ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. Сербского Татьяна Дмитриева; директор Института морфологии человека РАМН Лев Кактурский; главный судмедэксперт Минобороны России Виктор Колкутин; известный юрист, зампреда коллегии адвокатов «Московская городская коллегия адвокатов» Владимир Меклер и т. д. Главное, чтобы это орган работал, а не являлся очередным громоздким, способом выпуска перегревшегося пара.

Источник: МК, 2006

ПРОГРАММА ЗАСЕДАНИЙ МГНОТ НА ЯНВАРЬ—ФЕВРАЛЬ 2007 г.

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

Дата, автор	Тема, аннотация
24 января 2007 года, среда в 17.30	Заседание Правления и Ревизионной комиссии. Повестка дня: отчеты председателей ангиологической и кардиологической секций, секции «Человек и инфекция», секции клинической геронтологии и гериатрии за 2 года.
24 января 2007 года, среда в 18.00 Проф. О. В. ЗАЙРАСЬЯНЦ (Московский государственный стоматологический университет Россздрава)	Анализ летальных исходов за последнее десятилетие в Москве. Представлен анализ летальных исходов в сравнительном плане с данными Мосгорстата, касающийся причин смерти взрослого населения г. Москвы за последние 10 лет. Материал охватывает более 300 тысяч вскрытий, из них около 80% умерших в стационарах. Среди причин смерти преобладали: ИБС — 31%, цереброваскулярные болезни и новообразования — по 18%. В отличие от данных патологоанатомической службы, по данным Мосгорстата третье место (около 10%) занимали травмы, отравления и другие внешние причины. Показатель расхождения диагнозов составил для больничной летальности 14–15%, а для внебольничной 40–50%. Ятрогенные осложнения были у 2%. От 3 до 7% составили алкоголизм и алкогольные висцеропатии среди причин смерти населения. Среди новообразований лидируют рак легкого, рак желудка и толстой кишки, у женщин — рак молочной железы, причем за последние годы наблюдается тенденция роста числа умерших от рака толстой кишки, молочной железы, поджелудочной и предстательной желез.
14 февраля 2007 года, среда в 17.30	Заседание Правления и Ревизионной комиссии. Повестка дня: отчеты председателей секций электрокардиографии и других инструментальных методов исследования сердечно-сосудистой системы, гематологии и переливания крови, ревматологической и секции лечебного питания за 2 года.
14 февраля 2007 года, среда в 18.00 1. К. м. н. А. Д. ПАЛЬМАН (ММА им. И. М. Сеченова). 2. К. м. н. Г. В. Ан (ММА им. И. М. Сеченова).	1. Синдром обструктивного апноэ во сне в клинике внутренних болезней. В докладе будут изложены представления о синдроме обструктивного апноэ во сне. Рассмотрены разнообразные клинические проявления этого патологического состояния, с которыми практические врачи регулярно сталкиваются в условиях терапевтических клиник. Показаны пути наиболее оптимальной их коррекции. 2. Хроническая дыхательная недостаточность у больного с синдромом обструктивного апноэ во сне (клиническая демонстрация).
28 февраля 2007 года, среда в 18.00 1. Проф. В. М. КЛЮЖЕВ, проф. В. Н. АРДАШЕВ, А. Ф. БАХТИН (ГВКГ им. академика Н.В. Бурденко). 2. Проф. В. Н. АРДАШЕВ, к. м. н. О. В. ЯКОБ, проф. А. В. АРДАШЕВ (ГВКГ им. академика Н. В. Бурденко).	Пленарное заседание общества, ПОСВЯЩЕННОЕ ДНЮ ЗАЩИТНИКА ОТЕЧЕСТВА. 1. Высокотехнологичные виды медицинской помощи в госпитале им. академика Н. В. Бурденко. В докладе обобщен опыт ГВКГ им. академика Н. В. Бурденко по оказанию высокотехнологических видов медицинской помощи в кардиологии, онкологии, гематологии. В год этот вид помощи получают более 7 тысяч пациентов, из них 10% она оказывается по неотложным показаниям. Наиболее затратными являются разделы современной химиотерапевтической помощи. Применение высокотехнологических видов обследования и лечения позволяет поддерживать высокий профессиональный уровень медицинских работников, улучшить результаты лечения больных, оптимизировать основные статистические показатели работы лечебного учреждения. 2. Электрокардиостимуляция у больных с терминальной стадией хронической сердечной недостаточности. В докладе представлены результаты проспективного наблюдения за группой больных (85 человек) с тяжелыми формами хронической сердечной недостаточности (ХСН), которым были выполнены оперативные вмешательства с установкой программируемых электрокардиостимуляторов (64 человека) и вентрикулярных систем (21 человек) в целях лечения и профилактики прогрессирования ХСН. Имплантация кардиосинхронизирующих устройств оказалась эффективной при самых тяжелых формах заболеваний, в том числе при ДКМП.
Секционные заседания	
Секция клинической геронтологии и гериатрии в конференц-зале МГКБ № 60 (шоссе Энтузиастов, 84/1, корпус 1, 2 этаж)	
18 января 2007 года, четверг в 15.00 Д. м. н. Б. К. РОМАНОВ.	Фармакотерапия артрозов у пожилых больных.
15 февраля 2007 года, четверг в 15.00 Проф. С. Р. ГИЛЯРЕВСКИЙ.	Особенности применения лекарственных препаратов с доказанной эффективностью у лиц старше 80-ти лет. Второе сообщение
Секция профилактической медицины и профессиональных болезней В конференц-зале клиники нефрологии, внутренних и профессиональных болезней им. Е. М. Тареева, ул. Россолимо, 11-а	
16 января 2007 года, четверг в 16.30 К. м. н. Т. Н. ЛОПАТКИНА.	Подходы к профилактике социально-значимых вирусных болезней печени.
20 февраля 2007 года, четверг в 16.30 К. м. н. М. В. СЕВЕРОВ.	Факторы риска и их коррекция при стеатогепатите.
Секция электрокардиографии и других инструментальных методов исследования сердечно-сосудистой системы. В аудитории 1 кафедры терапии РМАПО (больница им. С. П. Боткина, 20 корпус, 1 этаж, проезд до ст. метро «Беговая», «Динамо»)	
16 января 2007, вторник в 17.00 Д. м. н. В. А. ВОСТРИКОВ.	Желудочковые тахикардии и фибрилляция желудочков. Методы диагностики и терапии.
20 февраля 2007, вторник в 17.00 С. Н. ИВАНОВ, доцент М. И. ПАЛКИН, А. М. САВЕНКОВА.	Дискуссионные вопросы суточного мониторинга АД в клинической практике.
Секция неотложной терапии совместно с расширенным заседанием МГНОТ с участием врачей скорой помощи. В большом конференц-зале клинико-хирургического корпуса НИИ скорой помощи им. Н. В. Склифосовского (Сухаревская пл., 3, вход с Грохольского пер.)	
13 февраля 2007 года, вторник в 16.00 Академик А. П. ГОЛИКОВ, д. м. н. В. А. РЯБИНИН.	Метаболический синдром при неотложных состояниях в кардиологии.
Секция ревматологии (В помещении конференц-зала Института ревматологии РАМН (Каширское шоссе, 34))	
6 февраля 2007 года, вторник в 16.00 1. Д. м. н. Б. С. БЕЛОВ, Г. М. ТАРАСОВА. 2. К. м. н. Л. Г. МЕДЫНЦЕВА	1. Проблема инфекционного эндокардита на современном этапе. 2. Инфекционный эндокардит в практике педиатра (демонстрация наблюдений).
6 марта 2007 года, вторник в 16.00 1. К. м. н. В. Н. АМИРДЖАНОВА. 2. Д. м. н. КАРАТЕЕВ.	1. Оценка функционального статуса больных ревматоидным артритом. 2. Дискуссионные вопросы терапии ревматических заболеваний.
В дни секционных заседаний председатели секций и другие ведущие специалисты проводят консультации для врачей по интересующим их вопросам.	
Правление МГНОТ	
Теперь Программа заседаний МГНОТ вывешивается на сайте http://www.zdrav.net	

Никак не успокоюсь после прочитанного письма господина Визеля. Оно в общем хорошее, но как-то все в нем наоборот, я бы сказал — шиворот-навыворот. Напомню, автор искренне возмущается самой постановкой вопроса о «впаривании». Он считает, что все само собой происходит и вирага, упоминаемая им неоднократно, но всегда с положительным оттенком, как-то сама материализовалась в качестве мужского счастья.

ОБЩИЙ АНАЛИЗ

от П. Воробьева

ВИАГРА ИЛИ С ЧЕМ ЕДЯТ МЕДИЦИНУ ДОКАЗАТЕЛЬСТВ

Виара как раз и является классическим, хрестоматийным примером впаривания. Препарат изобретался для лечения гипертонии, но не «пошел», оказался не только неэффективным, но и опасным — вызывает инсульт. Казалось бы, умыть фирме руки, вытереть слезы. Ан — нет, вместо этого кто-то умный решил: а не попробовать ли клубнички. Секс — самое дорогое для увядающего организма, тема эта вышла из будуаров и обсуждается теперь в открытую, потеряв стыдливую вуаль. Вперед, вечерней заре на встречу. Поднимем, что можем, господа.

Танцуют девки на помосте, виара выходит на первые места по продажам во всем мире, в России — несколько лет № 1, обогнав но-шпу. Мир, оказывается, состоит из импотентов. Кто бы сомневался. И вот умудренные проблемами и седыми волосами везде, где не видно, принимают испанские правительские решения о вводе виары в статус жизненно необходимых испанскому народу. Но пасаран! А теперь докатился этот мутный вал и до далекой татарской деревни, куда съездил доктор Визель. Там, видимо, спившиеся мужики, ни на что не способны, а бабы-то требуют. Вот и спознали, не смотря телевизора, газет не читая, про заморское чудо, которое спасет от вымирания родную деревню.

При чем здесь медицина доказательств? Так ведь эффективность виары при эректильной дисфункции ДОКАЗАНА в контролируемых исследованиях с применением методики двойного слепого контроля. Отбирались в исследование мужики с поставленным диагнозом и четко верифицированными сложными инструментальными методами сосудистыми проблемами. А принимать предлагается препарат всем. Нет, в инструкции, конечно, есть и про диагноз, и про консультацию врача, но тема не предполагает тщательного и внимательно изучения инструкции. Принимают препарат без обследования, благо купить его, вопреки правилам, можно без рецепта. Армия любителей виары огромна.

Это, если хотите, гениальный маркетинговый ход. Его надо оценить по достоинству: во времена сексуальной раскрепощенности и вседозволенности, с учетом абсолютной темноты потенциальных потребителей стоило только выдумать правильную подачу. Дальше пошло само, ибо сарафанное радио работает не только в России и не только среди женского пола: мужики, как сработало — во! Кто же скажет, что не сработало.

Итак, получается, что продажная девка «медицины доказательств» использована по назначению, во славу методологии впаривания. И атрибуты присутствуют: часто болезни нет, но ее частоту придумливают, слегка меняя оттенки. Используют воздействие на массовое сознание, не защищенное профессиональными знаниями и не замутненное критическим отношением. Включают одновременно несколько информационных каналов, в том числе важнейший — одна бабка сказала. А для специалистов подачка в виде контролируемых исследований, чтобы молчали и не возражали. И про пресловутое качество жизни не забыли. Только вот с экономической целесообразностью пока плохо. Или мы просто не знаем, что прием виары экономически выгоден? Ведь как повышается работоспособность... Еще, к сожалению, нет сведений о повышении рождаемости и о необходимости включить препарат в национальный проект Здоровье для реализации демографических программ.

Наверное, может показаться, что статья написана против виары. Нет-нет, против препарата, как такового у автора нет возражений. Даже если он кому поднял на несколько минут качество жизни. Возможно, его даже можно, как пишет доктор Визель, использовать при легочной гипертензии — туда ему и дорога. Только вот продажи в этом секторе будут ничтожны по сравнению с нишей импотенции. И ЭКОНОМИЧЕСКИ НЕ ИНТЕРЕСНЫ.

Поэтому не надо ожидать здесь сногшибательных открытий, ведь заточка на фирме идет под продажу. И только под продажу. Отвлеченная наука никому не нужна, и Нобелевскими лауреатами становятся ученые, а не менеджеры. Хм, хотя и тут не все чисто, особенно после награждения отцов, якобы открывателей «нобелевской» бактерии (геликобактера).

Итак, у кого на вооружении стоит медицина доказательств? Изобреталась она как инструмент принятия решений — т.е. для организаторов, менеджеров здравоохранения, для выбора оптимальных, передовых технологий, способных помочь многим больным, реально нуждающимся в помощи. Именно отсюда идеология жизненной важности. Но постепенно, окутываясь туманом, медицина доказательств стала служить обратному — поддержке заблуждений, лечению несуществующих болезней. Мягкие англичане назвали это «выдуманные болезни», австралийцы дали жизнь новому грубому термину «впаривание». И если вам говорят, что нечто доказано в рандомизированных широкомасштабных исследованиях, то это еще не истина в последней инстанции. Нужно разобраться и с самим исследованием, его дизайном, схемой: вполне возможно, при его планировании заранее были заложены возможности подтасовки, например, недоучет всех эффектов, включая побочные действия, или завышение доз препаратов-конкурентов.

Нужно понять «клиническую целесообразность» (ну-ка дайте правильное определение, что за зверь такой), жизненную необходимость медицинской технологии. Например, церебролизин на 1% улучшает ментальные функции у больных с болезнью Альцгеймера (чтобы похоже влиял у других больных, что-то не слышно), это статистически доказано. Только зачем такая статистика, если человек не помнит ничего, а теперь помнит на 1% больше. Но как с виарой — проверено одно (пусть вызывающее улыбку, показание и эффект), а позиционируется для продажи совсем другое — лечение больных с инсультом или после него. Вообще церебролизин — препарат от головы. Помогает всем, только количественному учету его эффективность почему-то не поддается.



Говорят, что если против лекарства в книге появился символ «А» или «В», то это высокий уровень доказательств, мол, это и есть медицина доказательств, можно этому верить. Можно, если проставляли эту букву люди с непорочной репутацией, не кривившие душой. А много ли мы знаем таких? Извечный вопрос, а судьи кто? Кто и как принимает решение по доказательствам?

Работа Формулярного комитета четко описана положениями, она на виду, но и по поводу заключений комитета возникают справедливые нарекания. Но хотя бы его работа прозрачна, известен список экспертов. На открытых заседаниях присутствуют не только специалисты, но представители фирм-производителей, пресса. Все заседания и решения протоколируются и архивируются, можно задавать вопросы, чтобы понять обоснованность решений. Да и сами решения принимаются консенсусом, а не голосованием.

А что с остальными группами экспертов, которые что-то пишут, создают всевозможные справочники, и какие-то символы по ним расставляют. А ничего, процедур принятия решений либо нет вообще, либо прописаны они так расплывчато, что становится явным их реальное отсутствие. Грош цена всем символам, если не ясна процедура принятия решений. Не верьте — это не медицина доказательств, а медицина обмана, спекуляция.

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
- Савенков М.П., д.м.н., профессор, кардиолог
- Парфенов В.А., д.м.н., профессор, невролог
- Чулин А.В., д.м.н., ангиохирург

Программа заседания:

1. Круглый стол
2. Обсуждения
3. Доклад спонсоров

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

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

Сопредседатели секции:

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

Программа заседания:

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

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

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

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
- Савенков М.П., д.м.н., профессор, кардиолог
- Парфенов В.А., д.м.н., профессор, невролог
- Чулин А.В., д.м.н., ангиохирург

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»

Антиреклама

Приглашение

«Артериями
управлять
научились.
А венами?»

22 февраля 2007 года
Начало в 17.00
Вход по приглашениям

Приглашение

«Многоликий
гепатит»

6 февраля 2007 года
Начало в 17.00
Вход по приглашениям

Приглашение

«Загадочный
синдром X»

1 февраля 2007 года
Начало в 17.00
Вход по приглашениям

Как-то зазвонил у меня телефон. Мобильный. Сигнал прошел, что прислали мне сообщение SMS. Я пользователь не продвинутый, отвечать не них не умею, да и лень мне, поэтому чаще мне все-таки звонят. SMS — вещь достаточно редкая, звонок пронзительный, поэтому я сразу прочитал. Ничего в сообщении, кроме номера телефона. Не понятно. Через минуту — вновь сообщение, потом — снова, и так раз 20–30 подряд. И кроме номера одного и того же телефона ничего. Если и был порыв позвонить, спросить, кто там шлет мне приветы, то потом почему-то подумалось — а не разводка ли это.



Не попадайся на мобильный крючок

П. Медик

Действительно, в последнее время что-то много стали говорить о ловле в эфире денег. Уже обычным и всем известным стал звонок, что с Вашим родственником беда — он совершил правонарушение — и чтобы задобрить милиционеров, нужно принести определенную сумму. Она — сумма — зависит от кошелька того, кому звонят. Очень у многих не возникает сомнений, что издомцы-милиционеры спят и видят, как получить деньги, и несут заказанную сумму. Но бывает и краше: знакомый на хорошей машине обгонял трамвай, из-за которого внезапно выскочил пешеход. Удар, падение, лежит труп. И сразу — доблестный милиционер из-за угла, с воем подъезжает карета «Скорой помощи». Труп увозят, а растерянного водителя начинают обрабатывать — мол, постовому скоро на пенсию, и он ничего против 10–15 тысяч долларов не имеет. Чтобы дело об убийстве не начинать. Знакомый позвонил сам приятелям, собрал за несколько часов нужную сумму, естественно, не вдаваясь в подробности. И лишь спустя несколько дней, отойдя, поделился случившимся. Всем понятно, что это была разводка, но звонил то он сам.

Или такие заходы: вам приходит SMS, что на Ваш телефонный счет случайно зачислена некая сумма. Предлагают перезвонить по указанному телефону оператору, который подтверждает факт зачисления денег. Менеджер предлагает, чтобы не заводить канитель и упростить ситуацию, поло-

жить на счет «несчастливого» пострадавшего аналогичную сумму. Конечно, попадают не все, но многие сердобольные расстаются со своими деньгами.

В эфире многих радиокомпаний появились предупреждения как от них самих, так и от операторов телефонной связи, что они не проводят никаких розыгрышей призов с необходимостью перезвонить и указать код карты. Или просто перезвонить по указанному номеру, а там включается музыка, и деньги с вашего счета списываются. Это — телефон платного сервиса.

И еще. В последнее время «льготники» оказались в базах данных, которые, вероятно, стали доступны криминалу. Звонят такому льготнику и предлагают купить чудо-средство, четко называя диагнозы и другую медицинскую информацию. Расслабляет именно знание конфиденциальной информации, и

люди отдают свои деньги.

Будьте внимательны. Бесплатный сыр — в мышеловке. Если у Вас возникли сомнения — не впадайте в панику, не пугайтесь — ведь на это и расчет, дайте ситуации отстояться, перезвоните еще раз сами, — может быть не так все страшно.

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

ВНИМАНИЕ!

ДЛЯ НЕВРОПАТОЛОГОВ, ПСИХИАТРОВ, ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ,
ТЕРАПЕВТОВ, А ТАКЖЕ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ!
ВЫШЛА В СВЕТ НОВАЯ КНИГА!

**ПРОТОКОЛ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ
БОЛЕЗНЬ ПАРКИНСОНА**

Утверждено

Заместителем Министра здравоохранения
и социального развития Российской Федерации
В.И. Стародубовым 14 января 2005 г.

Издательство НЬЮДИАМЕД
2006 г.



Болезнь Паркинсона — одно из наиболее распространенных неврологических заболеваний, клиническая картина которого складывается в основном из двигательных, вегетативных, сенсорных и психических нарушений, нарушений сна и бодрствования. Своевременная диагностика и правильно подобранное лечение, как правило, сохраняет на долгие годы профессиональную и бытовую активность пациента. Утвержденный Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации, протокол ведения больных «Болезнь Паркинсона» (далее Протокол) содержит четко регламентированную информацию о диагностике и лечении данного заболевания. Использование в Протоколе медицинских технологий обосновано результатами качественных клинических исследований в соответствии с требованиями доказательной медицины.

Протокол создавался с участием ведущих специалистов научно-исследовательских центров страны и проходил апробацию в условиях практического здравоохранения.

Использование Протокола в практической работе, научных и учебных программах, деятельности организаторов здравоохранения позволит принимать рациональные клинические и организационные решения, избежать использования неэффективных медицинских технологий и как результат — обеспечить качество медицинской помощи.

Протокол ведения больных «Болезнь Паркинсона» — основа для внедрения современных методов диагностики и лечения в практику здравоохранения и создания системы управления качеством медицинской организации.

Заявки на приобретение можно направлять по адресу:
115446, Москва, Коломенский пр., д. 4, ГКБ № 7, издательство НЬЮДИАМЕД
E-mail: mtpndm@dol.ru

Подробности на сайтах www.zdrav.net и www.zdravkniga.net

Вестник МГНОТ (бесплатное приложение для врачей к журналу «Клиническая геронтология»). Тираж 6000 экз.
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, [3.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. Галикин, 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. Калыев, 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. Моисов, В.Е. Ноников, Н.А. Мухин, Е.Л. Насонов, В.А. Насонова, В.Г. Новожилов, Л.И. Ольбинская, Н.Р. Палева, М.А. Пальцев, А.С. Парфенов, А.В. Потожева, А.В. Покровский, В.И. Покровский, Н.П. Потехин, А.П. Раков, М.П. Савенков, В.Г. Савченко, В.В. Серов, В.Б. Симоненко, А.И. Синопольников, В.С. Смоленский, Г.И. Сторожаков, А.Л. Сыркин, В.П. Тюрин, А.И. Хазанов, Е.И. Чазов, А.Г. Чучалин, Л.В. Циганова, В.В. Цурко, Т.В. Шишкова, Н.А. Шостак, А.В. Шлектор, Н.Д. Юшук, 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 (495) 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.