



## ПРЯМАЯ РЕЧЬ

Хочу поделиться с читателями своим опытом работы с работодателем, работы в роли профорга поликлиники в переходный период от бюджетного финансирования к страховой медицине. Статья без подписи не потому, что я чего-то боюсь. Профорга без санкции вышестоящей организации уволить нельзя, хотя такие попытки в отношении меня делались дважды. Статья без подписи автора потому, что говорить коллегам в лицо не всё удобно, а нужно многое сказать.

Я пришла в поликлинику 15 лет тому назад. Профсоюзной организации не существовало. Из случайных разговоров с сотрудниками узнала, что к людям подходили представители администрации, которые ненавязчиво советовали выйти из профсоюза якобы в связи с тем, что он теперь не нужен, ведь нет бесплатных путевок, а взносы платить — зачем? Люди верили и выходили. Но все-таки без общественной организации как-то неудобно, поэтому был создан Совет трудового коллектива из лиц, подконтрольных администрации.

Поначалу всё шло хорошо. Финансирование через страховые компании позволяло иметь существенные добавки к зарплате, которые на тот период у участкового терапевта в 3 раза превышали зарплату доцента. И это казалось справедливым. Однако очень скоро мы перестали получать доплаты от страховой компании. На вопросы работников в администрации отвечали, что денег нет, т.к. низки расценки и, главное, мы плохо работаем и не можем на себя заработать. Этим заявлениям верили на слово, но доходили слухи, что в других учреждениях сотрудники регулярно получают премии.

Когда недовольство вышло за пределы учреждения, было проведено собрание с участием руководителя Департамента здравоохранения округа, которая уверяла нас в том, что всё под контролем, просто таковы реалии в медицине на сегодняшний день. Я обратила внимание на то, что хотя помещение, где проходило собрание, было плохо освещено, наш руководитель сидела в темных очках. Может быть — болезнь глаз? Не знаю, напрашивалось другое: смотреть людям в глаза не всегда легко.

Собрание было бурным. Хотелось какого-то конструктивного решения, и я предложила вновь создать профсоюзную организацию и написать коллективный договор, в котором все вопросы, определяющие взаимоотношения работодателя и работников, будут оговорены. К этому призывали нас не только Трудовой Кодекс, но и Починок с экрана телевизора.

Многие согласно покивали головами, но никаких действий в этом направлении никто не предпринимал. Тогда я взяла инициативу на себя. За годы советской власти я ухитрилась не быть ни на одном профсоюзном собрании и не вступила в члены КПСС, но теперь вдруг возник «спортивный» интерес. Возник неосознанный психический дискомфорт, обусловленный несправедливостью и стремлением к самореализации через проявление инициативы и ответственности.

В профсоюзе округа мне посоветовали, как действовать. Собрать заявления среди лиц, недовольных действиями администрации, оказалось нетрудным. А далее: профорг должен избираться только на собрании членов профсоюза, а не на общем собрании, что и было сделано оперативно. Таким образом, администрация оказалась перед фактом создания профсоюзной организации, куда не вошли подконтрольные ей члены. Меня, конечно, избрали проффоргом. И тут возникли текущие трудности: как вести собрание, чтобы оно было легитимным, что говорить людям и, главное, как написать коллективный договор. Мы — медики, не писатели. А коллективный договор имеет силу закона учреждения и должен быть составлен юридически грамотно. Ранее в нашей поликлинике был такой документ, который представлял собой две странички текста, в котором говорилось о том, что работники должны хорошо

работать, а работодатель — хорошо руководить. Особенно умилила меня фраза: «Основание для выдачи премии — повышение цен в магазинах».

Серьезность планируемого документа подчеркнул и Трудовой Кодекс, в котором было указано, что для составления коллективного договора должна быть создана двухсторонняя комиссия (от профсоюза и администрации), и работать она должна не менее 3 месяцев с отрывом от производства. Такого медики себе позволить не могут. Комиссия собралась, выяснилось, что за 15–20 минут этот документ составить невозможно.

Все заторопились на рабочие места. Я предложила вариант текста, рекомендованный мне в профсоюзе округа, но он был отвергнут. И все в целях экономии времени решили остановиться на прежнем варианте коллективного договора (два листка), а председатель согласительной комиссии, избранный всеми на собрании, отказался от этой работы в связи с вышеуказанными трудностями.

дателя, но и некоторых членов коллектива. Так, на одном из собраний я заявила, что не подпишу коллективного договора, если в нем будут содержаться пункты,

ущемляющие интересы работников. Из зала послышался возглас: «Вы на себя много берете!» Ответила: «Теперь это моя обязанность!». Поскольку на период подписания договора количество членов профсоюза составляло менее 50% коллектива, подписывать документ должен был главный врач и представитель коллектива — лицо, избранное на собрании. Тут уж моя кандидатура была отвергнута, вероятно, по той же психологической причине: человек, который «высовывается», вызывает неприятие.

По моему настоянию, мы пошли на нарушение положения Трудового Кодекса, регламентирующего эту процедуру, и я тоже подписала договор третьим лицом — от профсоюза. И сделала это не зря, т.к. в процессе редактирования и печатания документа были сделаны попытки со стороны администрации изменить обсужденный и утвержденный текст и заменить приложения приказами главного врача, которые были составлены ранее и входили в противоречие с положениями созданного договора.

Далее жизнь пошла своим чередом, выяснилось, что у нашей поликлиники долги до 2,5 млн рублей, которые мы должны страховой компании выплачивать с процентами. Зарплату мы получали регулярно, но доплаты к основным окладам за невыполнение норм не было. Пришлось лично пообщаться с бухгалтером, и в

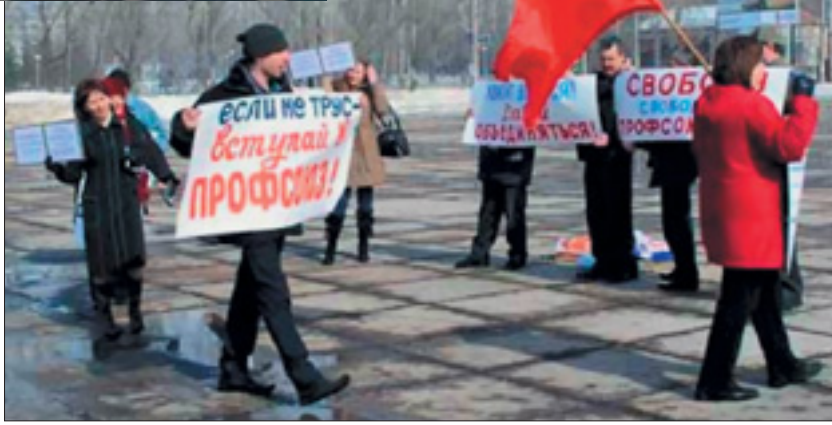
процессе этой беседы выяснилось, что надбавки, которые имеет право делать главный врач, превышают наши заработки. Путину узнала с удивлением, что мы не откладывали ни рубля на отпуск, а от дополнительного отпуска (12 календарных дней) мы отказались ранее в связи с якобы финансовыми трудностями. Из всего вышесказанного следует, что произвольное выделение надбавок без учета доходов чревато финансовым крахом. Но кто этот учет будет проводить, и как это осуществить технически? Как профсоюзу провести в жизнь контроль за финансовыми потоками, которые декларируются Трудовым Кодексом, а также годовыми соглашениями между Департаментом здравоохранения, правительством города и профсоюзом медицинских работников. Вывод только один: создать постоянно функционирующую комиссию по оплате труда.

Состав комиссии вызвал противодействие со стороны администрации, т.к. по предложению профорга, в нее должны были войти, кроме заместителей главного врача, также руководители подразделений, главная медсестра, т.е. лица, ответственные за работу сотрудников, оказывающих медицинские услуги. В договор было внесено положение о том, что к началу работы комиссии бухгалтерия должна предоставлять письменную справку о финансовом состоянии поликлиники с указанием всех доходов и расходов и той суммы, которая может быть потрачена на стимулирующие выплаты для сотрудников.

По решению комиссии, в целях покрытия долга были сняты надбавки с работников, не оказывающих медицинские услуги. При этом участковые терапевты и медсестры в течение 6 мес недополучали оплату за выполнение дополнительных объемов работы на тех участках, где отсутствовали врачи и сестры. Финансовое положение в учреждении удалось стабилизировать. Сотрудники стали получать доплату за дополнительные объемы работы даже в летние месяцы. И тут обнаружилась новая проблема: как распределять дополнительные средства, ведь их нарабатывают только работники,

## Исповедь профорга

без подписи



К сведению начинающих проффоров: при отказе от работы без уважительной причины председателя комиссии по составлению коллективного договора, избранного собранием, он должен быть подвергнут финансовым санкциям. Уж этого мы делать не стали, я взяла инициативу составления документа на себя. Когда меня спрашивают: «Как Вам удалось составить и утвердить грамотный договор?», я отвечаю: «На это ушел не год работы, а год жизни». Он не был бы составлен, если бы в основу его не был положен текст, опубликованный в журнале «Профсоюзная тема» № 3 за 2002 г. Тут администрации ничего не оставалось делать, как сказать: «Раз нам рекомендуют это сверху, мы должны выполнять».

Вспоминая эти дни позднее, я поняла, что в основе сопротивления администрации действиям профсоюза лежал не столько злой умысел, сколько чисто психологическое неприятие непрямого контроля со стороны сотрудников в лице профсоюза за многими процессами в учреждении, как профессиональными, так и финансовыми. По мере завершения текста появилась масса желающих его обсуждать, вносить ценные предложения, решать вопрос, кто будет подписывать.

Любопытно, что психологическое неприятие действий профсоюза поначалу коснулось не только работо-

К сведению начинающих проффоров: при отказе от работы без уважительной причины председателя комиссии по составлению коллективного договора, избранного собранием, он должен быть подвергнут финансовым санкциям.

Распределение свободных финансовых средств в виде премии стали проводить пропорционально нормативам распределения средств между производителями и не производителями медицинских услуг.

ущемляющие интересы работников. Из зала послышался возглас: «Вы на себя много берете!» Ответила: «Теперь это моя обязанность!». Поскольку на период подписания договора количество членов профсоюза составляло менее 50% коллектива, подписывать документ должен был главный врач и представитель коллектива — лицо, избранное на собрании. Тут уж моя кандидатура была отвергнута, вероятно, по той же психологической причине: человек, который «высовывается», вызывает неприятие.

По моему настоянию, мы пошли на нарушение положения Трудового Кодекса, регламентирующего эту процедуру, и я тоже подписала договор третьим лицом — от профсоюза. И сделала это не зря, т.к. в процессе редактирования и печатания документа были сделаны попытки со стороны администрации изменить обсужденный и утвержденный текст и заменить приложения приказами главного врача, которые были составлены ранее и входили в противоречие с положениями созданного договора.

Далее жизнь пошла своим чередом, выяснилось, что у нашей поликлиники долги до 2,5 млн рублей, которые мы должны страховой компании выплачивать с процентами. Зарплату мы получали регулярно, но доплаты к основным окладам за невыполнение норм не было. Пришлось лично пообщаться с бухгалтером, и в

процессе этой беседы выяснилось, что надбавки, которые имеет право делать главный врач, превышают наши заработки. Путину узнала с удивлением, что мы не откладывали ни рубля на отпуск, а от дополнительного отпуска (12 календарных дней) мы отказались ранее в связи с якобы финансовыми трудностями.

Из всего вышесказанного следует, что произвольное выделение надбавок без учета доходов чревато финансовым крахом. Но кто этот учет будет проводить, и как это осуществить технически? Как профсоюзу провести в жизнь контроль за финансовыми потоками, которые декларируются Трудовым Кодексом, а также годовыми соглашениями между Департаментом здравоохранения, правительством города и профсоюзом медицинских работников. Вывод только один: создать постоянно функционирующую комиссию по оплате труда.

Состав комиссии вызвал противодействие со стороны администрации, т.к. по предложению профорга, в нее должны были войти, кроме заместителей главного врача, также руководители подразделений, главная медсестра, т.е. лица, ответственные за работу сотрудников, оказывающих медицинские услуги. В договор было внесено положение о том, что к началу работы комиссии бухгалтерия должна предоставлять письменную справку о финансовом состоянии поликлиники с указанием всех доходов и расходов и той суммы, которая может быть потрачена на стимулирующие выплаты для сотрудников.

По решению комиссии, в целях покрытия долга были сняты надбавки с работников, не оказывающих медицинские услуги. При этом участковые терапевты и медсестры в течение 6 мес недополучали оплату за выполнение дополнительных объемов работы на тех участках, где отсутствовали врачи и сестры. Финансовое положение в учреждении удалось стабилизировать. Сотрудники стали получать доплату за дополнительные объемы работы даже в летние месяцы. И тут обнаружилась новая проблема: как распределять дополнительные средства, ведь их нарабатывают только работники,

## ИнтерНьюс

## Генетически все равны

Палата представителей конгресса США, при одном голосе против, одобрила проект закона, запрещающего работодателям и страховым компаниям ущемлять права людей на основании имеющейся генной информации. До этого законопроект был единогласно утвержден Сенатом. Отныне доступ к информации, полученной при анализе ДНК, должны обладать только врач и пациент. Представители бизнеса были против: например, в Торговой палате США считают, что таким образом усложнится законодательство в области защиты личных медицинских данных, что, в свою очередь, приведет компании к убыткам. Врачи и ученые утверждают, что сейчас многие избегают анализа ДНК, так как боятся, что работодатели и страховщики могут использовать полученную информацию против них. По мнению ученых, отсутствие запрета не позволяло проводить многие исследования, прослеживающие связь между заболеваниями и генетической предрасположенностью к ним: люди просто отказывались участвовать в таких опытах. «Мы никогда не сможем раскрыть тайны генома человека, если американцы будут бояться участвовать в генетических экспериментах», — сказала член конгресса от Республиканской партии Джуди Биггерт, одна из инициаторов законопроекта. Согласно американскому Национальному институту исследований генома человека, у каждого человека имеется, по меньшей мере, 6 генетических мутаций, которые создают риск какого-либо заболевания.

Страховым компаниям теперь запрещено повышать плату за страхование людям, генетически предрасположенным к таким заболеваниям, как, например, рак или диабет. При этом страховщики по-прежнему смогут взимать более высокую плату с тех, кто уже болен. Работодатели не смогут использовать генную информацию для принятия решений о найме, повышении и увольнении сотрудников.

Источник: BBCRussian.com

## Все в сад!

У детей, посещающих детсады и детские развивающие центры, на треть снижается риск развития лейкоза. По мнению американских ученых, основную защитную роль играет «тренировка» иммунной системы в ответ на частые простудные заболевания. Ученые под руководством П. Баффлера из Калифорнийского университета проанализировали результаты 14 опубликованных исследований. В общей сложности в них принимали участие 6108 детей, страдающих острым лимфобластным лейкозом, и 13704 здоровых ребенка. В 12 исследованиях было показано, что у детей, посещающих дошкольные образовательные учреждения, лейкоз развивался реже. Сопоставив имеющиеся данные, ученые пришли к выводу, что активное общение в детском коллективе снижает риск острого лимфобластного лейкоза примерно на треть. Лейкоз является наиболее распространенным онкологическим заболеванием у детей в развитых странах: болезнь ежегодно развивается у 1 ребенка из 2000. Считается, что причиной развития лейкозов у детей служит сочетание генетической мутации и провоцирующих факторов. Одним из предполагаемых триггерных факторов является инфекционный. Новые данные косвенно подтверждают теорию о том, что дети, переболевшие распространенными инфекциями в раннем возрасте, менее подвержены лейкозу: частые простудные заболевания приводят к перестройке иммунной системы. В случае «домашних» детей такой перестройки не происходит, и впоследствии их иммунная система оказывается неспособной противостоять вирусам, провоцирующим развитие лейкоза.

Источник: Science Daily

## Реальная практика не соответствует стандартам

Доктор Л. Бокерия с коллегами изучены проблемы несоответствия реальной клинической практики утвержденным стандартам, выявленные с помощью информационных систем. Ученые представили результаты анализа объема медицинской помощи, оказанной больным стабильной стенокардией в городской поликлинике и Научном центре сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева. Проводилось сопоставление объемов помощи, предусмотренных утвержденными стандартами и выполненными в реальной клинической практике, с помощью информационных систем. Выявлено несоответствие набора, частоты и числа оказанных услуг предусмотренным стандартам объема помощи, обсуждаются возможные причины несоответствия.

Источник: Проблемы стандартизации в здравоохранении, 2008, № 2

## СВЕТСКАЯ ХРОНИКА

В рамках 15-го Российского национального конгресса «Человек и лекарство» прошли Пленум МОО «Общество фармакоэкономических исследований» (МОООФИ), а также школа «Медицина доказательств и клинико-экономический (фармакоэкономический) анализ в управлении качеством в здравоохранении» (все презентации докладов доступны на сайте МОООФИ по адресу [www.rsrog.ru](http://www.rsrog.ru)). В этом году МОООФИ отмечает 10-летие своей деятельности, поэтому все мероприятия общества посвящены этому событию.

Пленум МОООФИ под общим названием «Экономика справедливости» вызвал большой интерес аудитории — его посетили более 110 человек. Спонсорами Пленума выступили компании АстраЗенека и Янссен Фармацевтика Н.В. В начале научной программы президент МОООФИ проф. П.А. Воробьев зачитал приветственное письмо участникам Пленума от Исполнительного директора Международного общества фармакоэкономических исследований (ISPOR) Мериллин Дикс Смит, в котором она высоко оценила заслуги МОООФИ по распространению знаний и внедрению клинико-экономического анализа в принятии решений в российском здравоохранении. Сопредседатель Пленума, вице-президент МОООФИ, член-корр. РАМН, проф. Ю.Б. Белоусов высказал мнение, что МОООФИ — одна из немногих общественных организаций, которая поддерживает высокие стандарты своей работы на протяжении уже 10 лет.

Открыло Пленум выступление проф. П.А. Воробьева на тему «Экономика сиротских технологий», в котором речь шла о судьбе частых и редких технологий диагностики и лечения болезней в России. В нашей стране тема редких технологий начала развиваться с 2005 года, в значительной мере усилиями Форумного комитета РАМН. Появился список редко применяемых технологий, появилось само определение «редкости» (менее 10 000 больных в стране). С этого года больные 7 редкими заболеваниями получили лучший доступ к современному лечению. В то же время такие заболевания и терапия диктуют новые условия оказания медицинской помощи и ее логистики: необходимо создание регистров пациентов, требуется иная диагностическая логика, изменяются классификации болезней. Сегодня, при выделенных огромных средствах на лекарства для лечения редких болезней, практически отсутствует нормативная база по реализации программы. Все проблемы программы «7 нозологий» и предложения по их решению были обобщены в соответствующей Справке Профессиональной Службы по редким нозологиям Форумного комитета РАМН, которая доступна на сайте МОООФИ.

Доклад С.В. Пальваль (Белгород) касался вопросов развития системы стандартизации в Белгородской области. В 2003—2004 гг. были разработаны и внедрены территориальные медико-экономические стандарты стационарной помощи, включающие в себя 4053 заболевания и состояния для взрослого населения и 3975 — для детского. Внедрена отраслевая система оплаты труда, в которой врач, помимо базовой ставки, получает различные выплаты компенсационного и стимулирующего характера, в том числе за сложность и качество оказанных услуг. С 2007 г. идет адаптация и внедрение федеральных стандартов медицинской помощи, создание и внедрение индикаторов качества оказания медицинской помощи.

Следующий доклад (В.П. Комарова, А.К. Хаджидис) представил главный клинический фармаколог Санкт-Петербурга А.К. Хаджидис. Доклад был посвящен проблемам разработки нормативных документов по созданию регистров больных. На сегодняшний день ведется работа по созданию национального стандарта по оценке медицинских технологий, который будет включать раздел по регистрам пациентов. Существует ряд проблем технического, юридического, этического характера, связанных с внедрением регистров больных. Регистр, предложенный Минздравсоцразвития, носит «чиновничий» характер — содержит только паспортные данные и диагноз. Такой регистр не позволит анализировать, прогнозировать потребность в лечении, мониторировать эффективность лечения и др.

О фармакоэпидемиологических исследованиях антибактериальных препаратов при инфекциях дыхательных путей доложил А.А. Зайцев. Он обратил внимание на ошибочные подходы в лечении фарингита, синусита, отита, пневмонии, обострения ХОБЛ. Также исследования автора показали, что антибактериальные средства составляют только 2% в общей структуре расходов на лечение пациента с внебольничной пневмонией, а основные расходы связаны с госпитализацией. При этом при рационализации антибиотикотерапии стоимость самих лекарств увеличивается незначительно, однако драматически сокращается длительность пребывания в стационаре, тем самым уменьшая общую стоимость лечения.

Выступление М.В. Леснической было посвящено клинико-экономическому анализу рентгеноконтрастных средств для кардиоангиографии. На сегодняшний день на российском рынке присутствуют низко-, изо- и высокоосмолярные неионные средства. При этом они имеют различия по частоте развития побочных эффектов, например, по частоте развития контраст-индуцированной нефропатии — в 11 раз. В настоящее время МОООФИ проводит клинико-экономическое исследование рентгеноконтрастных препаратов, которое поможет выявить затрато-эффективный препарат.

Доклад исполнительного директора О.В. Борисенко был посвящен результатам работы общества и перспективам на ближайшие годы. На сегодняшний день в МОООФИ 611 членов, 19 отделений, 6 национальных отделений, 1 студенческий филиал. Около 80% членов — работники практического здравоохранения и ВУЗов. Среди членов МОООФИ 66 докторов ме-

дицинских наук, 116 кандидатов медицинских наук. Основное направление деятельности МОООФИ — это образовательные мероприятия и проведение клинико-экономических исследований. За 10 лет работы общества выполнено более 40 исследований. Перспективы исследований — это сравнение дженериков, изучение качества жизни и определение стоимости QALY, исследования новых перспективных лекарств. МОООФИ ведет большую образовательную работу. Только в 2007 г. было прове-

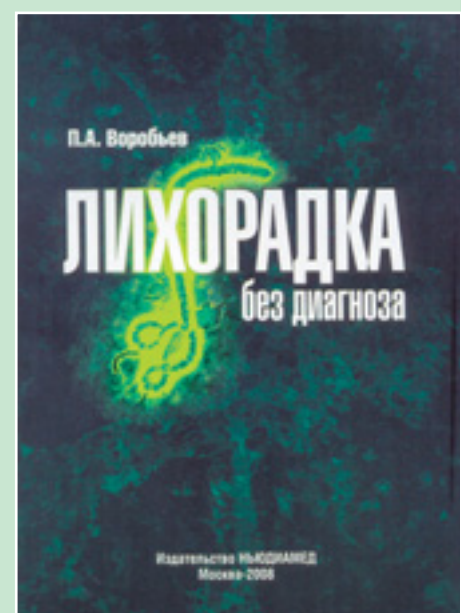
## Десятилетие фармакоэкономики в России

О. Борисенко



дено 12 конференций, семинаров, школ, из них 3 — ежегодные, с большим количеством участников: сертификаты участников семинаров МОООФИ получили около 700 человек. Другое достижение общества — образование в ноябре 2007 г. Евразийского Альянса фармакоэкономических обществ. Из Меморандума об образовании Альянса: «участники Альянса считают необходимым создание системы рационального лекарственного обеспечения, медицинской помощи в целом, реализующей принципы этичности, справедливости, общедоступности, оптимизации затрат, отзывчивости системы здравоохранения, с тем, чтобы все страны-участницы Альянса использовали свои ресурсы мудро, прозрачно и эффективно». На сегодняшний день в состав Альянса вошли Казахстан, Кыргызстан, Молдова, Россия и Украина. Большое развитие получил Интернет-ресурс Общества, расположенный по адресу [www.rsrog.ru](http://www.rsrog.ru), интерфейс которого был полностью обновлен в начале 2007 г. Было расширено число разделов: появилась страница Форумного комитета РАМН, стандарты медицинской помощи и протоколы ведения больных, Справочник лекарственных средств Форумного комитета, возможность он-лайн рецензирования проектов нормативных документов. Сегодня сайт посещают более 120 человек в день и более 4000 в месяц (без учета форума) из 45 стран мира, 75% посетителей пользуются сайтом ежедневно. С 2007 г. также начала функционировать Интернет-рассылка МОООФИ, подписчиками которой сегодня являются более 5000 специалистов и организаций. Последним достижением стало создание первого в России журнала по фармакоэкономике — «Клиническая фармакология и фармакоэкономика».

Завершало Пленум выступление вице-президента МОООФИ проф. С.Ш. Сулейманова, который оценил работу общества «на отлично». Несмотря на свою пристрастность, позволим себе согласиться с такой оценкой нашей деятельности: общество развивается, ставит перед собой новые задачи и традиционн открыто для сотрудничества!



Уважаемый доктор! Если перед Вами пациент с повышенной температурой тела, а в основе гипертермии может лежать много разнообразных заболеваний — от психических и поведенческих расстройств до нарушения терморегуляции в результате врожденных дефектов, от тяжелых инфекционных заболеваний до опухолей и системных васкулитов, откройте книгу «Лихорадка без диагноза», и Вам помогут представленные в книге алгоритмы обследования, сведения об этиологии и патогенезе лихорадки.

ПРОТОКОЛЫ МГНОТ

**ПРОТОКОЛ ПЛЕНАРНОГО ЗАСЕДАНИЯ  
МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО  
НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ  
от 23.05.2007**

Председатель секции: акад. РАН и РАМН А.И.Воробьев

Повестка дня:

1. Академик РАН и РАМН А.И. ВОРОБЬЕВ.

**Слово о Владимире Харитоновиче Василенко**

Раньше на обществе этот зал был полон, если очень хотелось сидеть — можно было сидеть на подоконниках или на ступеньках. А здесь сидел Президиум Общества терапевтов — это А.Л. Мясников, П.Е. Лукомский, В.Н. Виноградов, В.Х. Василенко, Е.М. Тареев, А.В. Нестеров и многие другие.

Для меня Владимир Харитонович Василенко — совершенно особая фигура, потому что он у нас преподавал пропедевтику на 3 курсе, и мы вошли в медицину через калитку, которую отворил нам Владимир Харитонович. И каждый день он нас учил получать информацию от больного.

Тогда не принимали, категорически, «точек зрения» — или ты не знаешь больного, не имеешь достаточно информации — промолчи; знаешь — тогда доказывай.

На фотографии Владимира Харитоновича огромные руки — вообще он кряжистый большой человечина, высокого роста, широкий в плечах, но когда эта рука ложилась на живот — как, наверное, под гипнозом Вольфа Мессинга — живот проваливался. У нас был анекдот, что, наверное, Василенко пальпирует все-таки нормальную селезенку, что обычно недоступно.

В нем было все — великолепно, артистично и направлено к одной и той же цели — поставить диагноз, нащупать. Ведь иногда — есть селезенка, нет селезенки, — определяет сразу направление поиска и диагностической мысли. Иной скажет: «да ладно, у нас сегодня есть КТ, УЗИ». Вы знаете, может, Вы и правы будете, но должен сказать, что по опыту, серьезному опыту, каждый из этих методов имеет свои границы. И потом, от того момента, когда Вы на УЗИ получили данные по селезенке, до того момента, когда Вас пригласят пощупать, пройдет 2—3 дня, за это время селезенка сможет еще увеличиться. В моей жизни было немало ситуаций, когда я находил селезенку, а врачи — нет. Василенко по этому поводу всегда язвил. Вообще с ним всегда было немножко доброжелательно-весело.

И никуда ничего не ушло: ни разговор с больным, ни цвет его кожи, ни морщины, ни грусть в глазах, ни консистенция узла. Ну, скажет мне ультразвук, что узел 1 сантиметр. Это — норма! Норма или не норма? Да полсантиметра, если это каменная консистенция — конечно, это опухоль!

Я не хочу никого призывать назад, но, честное слово, я не знаю, что из того арсенала знаний, который дал нам этот великий человек, я бы мог выбросить.

Память человеческая и наше отношение к учителям нужны не только им, но больше всего — нам, для того, чтобы двигаться вперед со всем этим грандиозным багажом, который для нас подготовили наши учителя.

2. Проф. А.В. Недоступ, проф. А.Д. Соловьева, к.м.н. В.И. Федорова, к.м.н. О.В. Благова, к.м.н. Т.А. Санькова, к.м.н. С.А. Гордеев, С.С. Васюков (ММА им. И.М. Сеченова).

**Мерцательная аритмия — новое в представлениях о патогенетически обоснованной консервативной терапии**

При медикаментозном урежении числа сердечных сокращений (ЧСС) в случае мерцательной аритмии (МА) следует учитывать следующие факты:

1) Урежение ЧСС при лечении дигоксином достигается в основном за счет увеличения дигоксином частоты фибрилляторных волн в предсердиях, следствием чего является их более замедленное проведение через АВ узел и, соответственно, снижение ЧСС; торможение АВ проводимости наступает позднее, при степени дигитализации, близкой к токсической;

2) При урежении ЧСС препаратами наперстянки следует учитывать частотные характеристики волн ff (по ЭКГ или с помощью построения периодограммы);

3) Урежение ЧСС при лечении β-блокаторами и блокаторами кальциевых каналов достигается исключительно за счет подавления АВ проводимости, при этом в отличие от лечения наперстянкой структура замедленного сердечного ритма не оптимальна: происходит чередование длинных и коротких интервалов RR, что невыгодно гемодинамически и тягостно субъективно.

4) В связи с изложенным оптимальной для урежения ЧСС при мерцательной аритмии является не монотерапия, а комбинация дигиталисных препаратов с β-блокаторами или блокаторами кальциевых каналов.

5) В ряде случаев у больных с мерцанием и с упорной тахикардией ее причиной является частный регулярный ритм

на фоне «обычной» мерцательной аритмии, причиной которого служит, вероятно, активность гетеротопного пейсмейкерного центра, или функционирование шунтового пара — АВ пути, или возвратное возбуждение в АВ системе; урежения ритма в этих случаях традиционной терапией не достигается, эффект может быть получен с помощью подавления источника тахикардии с помощью амиодарона или соталекса.

Во второй части сообщения представлены новые данные о выявленных авторами циклических нарушениях биоэлектрической активности мозга, предшествующих развитию пароксизма мерцательной аритмии за 2—24 часа. Эти нарушения аналогичны выявленным в неврологии при феномене «пароксизмального мозга» у больных с эпилепсией, вегетативными кризами и приступами мигрени, что позволяет по-новому взглянуть на патогенез пароксизмальной мерцательной аритмии. Терапевтический эффект (профилактика пароксизмов аритмии) в таких случаях достигается с применением малых доз атипичного агониста бензодиазепиновых рецепторов — препарата клоназепама, обладающего антипароксизмальной активностью.

**Вопросы к докладчику:**

**Вопрос:** Не изучали ли Вы уровень катехоламинов?

**Ответ:** Нет.

**Вопрос:** Как долго следует принимать клоназепам?

**Ответ:** Принимать клоназепам меньше нескольких месяцев нет смысла. Иногда проводится курсовая терапия, иногда — постоянная; есть больные, принимающие препарат несколько лет без каких-либо отрицательных последствий. При отмене клоназепама делать это надо, постепенно снижая дозы.



**Вопрос:** Какой был возраст, пол у Ваших больных?

**Ответ:** Возраст средний, несколько больше пожилых больных. Количество мужчин и женщин примерно одинаковое. При лабильной артериальной гипертензии пожилых — до 90% женщин, это особенность данной разновидности гипертонии.

**Вопрос:** Мы успешно лечили больных наперстянкой, но пришли к выводу, что удобнее заменять сердечные гликозиды β-блокаторами.

**Ответ:** Монотерапия β-блокаторами дает неоптимальный по структуре ритм — чередование коротких и длинных интервалов RR, что невыгодно гемодинамически и тягостно субъективно. Оптимальной является комбинация сердечных гликозидов с β-блокаторами.

**Заключение Председателя А.И. Воробьева:** Я внимательно слушал доклад. Он отличается тем, что автор представил в нем собственные материалы. Надо сказать, что доложенная информация не проста для восприятия. Для того, чтобы полученные авторами данные нашли широкое применение, следует тезисно изложить материал в публикациях Вестника МГНОТ.

3. Проф. Г.А. ГРИГОРЬЕВА (ММА им. И.М. Сеченова).

**Синдром раздраженного кишечника**

В докладе освещается современное состояние проблемы функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта и, прежде всего, синдрома раздраженного кишечника. Потребовалось более 20 лет, прежде чем были выработаны международные согласительные документы по функциональным гастроинтестинальным расстройствам (Римские критерии II — 1999 г. и консенсус Рим — III — 2006). Однако вскоре после выхода в свет этих документов стало ясно, что далеко не на все вопросы удается найти ответы в рамках принятых соглашений. Нечеткость определений и рекомендаций, содержащихся в согласительных документах, привели к «размыванию» термина «синдром раздраженного кишечника», его гипердиагностике и большому числу диагностических ошибок. Докладчик представил анализ основных источников этих ошибок: недостаточно полно собранный анамнез, неадекватное обследование больных, неправильная интерпретация полученных данных, отсутствие повторного пересмотра диагноза по результатам первичного курса

**ИнтерНьюс**

**Лекарства из принтера**

Крейг Мунди, возглавляющий в Microsoft отдел исследований и стратегии, во время своего недавнего выступления в Джакарте предположил, что в ближайшем будущем люди смогут использовать обычный принтер, чтобы создавать простые лекарства. Картриджи можно будет заправлять не чернилами, а различными ингредиентами, необходимыми для создания лекарственных препаратов. Теоретически подобные принтеры могут работать совместно с еще несколькими устройствами. В качестве примера Крейг Мунди привел мобильный телефон, с помощью которого можно взять пробу на алкоголь. Его можно модифицировать таким образом, что он будет анализировать дыхание и определять некоторые болезни, химический дисбаланс и прочие нарушения в организме человека. Если у человека есть проблемы со здоровьем, эта информация поможет установить диагноз. Затем пользователь может отправиться в клинику, где компьютер определит необходимую комбинацию ингредиентов и дозировку, чтобы вылечить болезнь. После этого останется лишь нанести полученный препарат на специальную бумагу, а пациенту нужно будет оторвать получившуюся «таблетку» и позволить ей раствориться во рту. Крейг Мунди подчеркнул, что это всего лишь идея, и в данный момент такие технологии недоступны. Хотя почему бы не наносить сегодня так препараты, у которых следует индивидуально титровать дозу?

Источник: lenta.ru

**Вышли в свет очередные 7 стандартов медицинской помощи, рекомендованные к использованию руководителям федеральных специализированных медицинских учреждений при оказании дорогостоящей (высокотехнологичной) медицинской помощи:** больным эмфиземой легких, больным с остеонекрозом, больным с переломом пояснично-крестцового отдела позвоночника и костей таза, больным с поражениями межпозвоночных дисков шейного отдела, поражениями межпозвоночных дисков других отделов, больным с термическими и химическими ожогами головы, шеи, туловища, плечевого пояса, верхней конечности, запястья и кисти, области тазобедренного сустава и нижней конечности, голеностопного сустава и стопы, термическими и химическими ожогами дыхательных путей, больным с переломами в области грудной клетки, нижней части спины и таза, больным с переломом ребра (ребер), грудины и грудного отдела позвоночника, вывихом, растяжением и повреждением капсульно-связочного аппарата грудной клетки.

Источник: Проблемы стандартизации в здравоохранении, 2008, № 2

**Демократия для алкоголиков по-ООНовски**

Миссия ООН в Москве призвала возродить систему учреждений закрытого типа для принудительного лечения алкоголиков. Эти рекомендации содержатся в подготовленном экспертами миссии докладе «Демографическая политика России: от размышления к действиям». Доля связанной с алкоголизмом смертности в общей смертности населения РФ достигает 30% у мужчин и 17% у женщин. Ежегодно по этим причинам Россия теряет до полумиллиона трудоспособных граждан. По мнению экспертов, для изменения сложившейся ситуации необходим комплекс медико-социальных мер, в том числе восстановление системы принудительного лечения алкоголиков в учреждениях закрытого типа (ЛТП), а также расширение сети стационаров для анонимной и бесплатной помощи. Помимо этого авторы доклада рекомендуют ограничить продажу спиртного во времени и возрасту и поощрять участковых милиционеров, социальных работников и врачей за выявление лиц, злоупотребляющих алкоголем. Система лечебно-трудовых профилакториев была узаконена в СССР в 1974 г. указом Президиума Верховного Совета «О принудительном лечении и трудовом перевоспитании хронических алкоголиков». Режим содержания в этих учреждениях был близок к режиму отбывания уголовного наказания. В 1990 г. Комитет конституционного надзора СССР признал регулирующие принудительное лечение нормативные акты незаконными. Лечебно-трудовые профилактории в России были полностью ликвидированы с 01.06.94.

Поможет ли, вот в чем вопрос...

Источник: medportal.ru

## ИнтерНьюс

### Дай лапу, Джим, или каждой беременной по собаке

Сотрудники Национального центра гигиены окружающей среды в Мюнхене пришли к выводу, что дети, с рождения контактирующие с домашними собаками, значительно реже страдают поллинозом и другими видами аллергий. Наблюдение за участниками началось с рождения и продолжалось в течение 6 лет, в исследование было включено более 3000 детей. Родители детей регулярно заполняли анкеты, указывая частоту и тяжесть симптомов аллергических реакций, а также наличие в доме домашних животных. Кроме того, в образцах пыли из квартир участников измерялись уровни потенциальных аллергенов. В 6-летнем возрасте у детей измерили уровни в крови иммуноглобулинов Е — маркеров аллергических реакций на пыльцу, клещей домашней пыли, плесень и т. д. По данным авторов исследования, наличие собаки в доме было связано с 50% снижением вероятности развития аллергии у ребенка. Как предполагают авторы исследования, выявленная закономерность может объясняться ранним контактом иммунной системы ребенка с разнообразными аллергенами, которые попадают в дом на лапах и шерсти домашних любимцев.

Источник:

European Respiratory Journal

### Бросай курить, живи дольше и лучше

Исследование, проведенное среди 100 с лишним тысяч женщин за период между 1980 и 2004 г. показало, что здоровье людей, бросивших курить, начинает улучшаться почти мгновенно. Новое исследование использовало данные так называемого Nurses Health Study, проведенного в США, которое основывалось на опросе более 120 тыс. женщин в возрасте от 30 до 55 лет в 11 штатах начиная с 1976 г. В течение 5 лет опасность смерти снижается на 13%. В течение 20 лет опасность смерти для бывшего курильщика не возрастает. Исследование, проведенное учеными Гарвардской медицинской школы в Бостоне, также приводит причины, по которым лучше не начинать курить. Женщины, которые начали курить в 17 лет, были в большей степени подвержены смерти в период исследования, чем те, которые приобрели эту вредную привычку в 26 лет и позже. Причина смерти была связана с никотином у 64% курильщиц и у 28% бывших курильщиц. Те, кто выкуривал 35 и больше сигарет в день, были в 115 раз больше подвержены риску хронических бронхитов и эмфиземы. Риск рака легких у курильщиц возрастал в 40 раз. При этом положительный эффект отказа от курения проявляется в течение первых 5 лет в 61% случаев в отношении коронарной патологии, в 42% случаев в отношении инсульта, в 21% случаев в отношении рака легких.

Источник: InoPressa

### Эта вредная штука жизнь

По данным ВЦИОМ 63% россиян признались, что у них есть вредные привычки. Из них 22% сообщили, что таких привычек у них сразу несколько. Мужчины оказались более самокритичны: 75% из них подтвердили наличие вредных привычек, а среди женщин таких оказалось лишь 54%; 78% россиян убеждены, что подобные привычки есть у всех, не разделяют это мнение 6% респондентов и 45% полагают, что вредные привычки — лишь способ расслабиться. Россиянам больше всего не нравится, когда кто-то грызет ногти, сплевывает на пол или ковыряет в носу — об этом сказали соответственно 79%, 78% и 75% участников опроса; 73% — раздражает мат и ненормативная лексика, столько же — курение. Вредными были названы привычка грызть ручку или карандаш, использование слов-паразитов («ну», «типа», «эта» и т. п.), постоянные опоздания (от 69 до 64%). В список вошли даже частые и продолжительные телефонные разговоры — 43%, частая смена жен или мужей и сексуальных партнеров — 45%. Страсть к азартным играм и обжорство признали вредными привычками 38% и 34% опрошенных соответственно, 53% назвали это болезнью. Алкоголизм привычкой считают 35%, болезнью — 65% россиян. Когда речь заходит о наркомании, то соотношение становится еще больше: только 20% считают это вредной привычкой, а 76% — болезнью. Чаще всего участники опроса сталкиваются с такими «пороками», как курение — 72%. Всероссийский опрос был проведен 29—30 марта 2008 г. Социологи узнали мнение 1600 человек в 153 населенных пунктах 46 регионов России.

Источник: АМИ-ТАСС

Начало на стр. 3 ↗

лечения. Необходима разработка и внедрение в практическое здравоохранение рекомендаций по диагностике и лечению синдрома раздраженного кишечника с разъяснением последних достижений в изучении функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта, с четким указанием на то, что синдром раздраженного кишечника — диагноз исключения, с перечнем основных заболеваний, подлежащих дифференциальной диагностике. Иначе синдрому раздраженного кишечника грозит опасность стать самым ошибочным диагнозом XXI века, каким в XX веке был «хронический колит».

#### Вопросы к докладчику:

**Вопрос:** Синдром раздраженного кишечника — это, все-таки, следствие чего?

**Ответ:** Нервная система имеет очень важное влияние на синдром раздраженного кишечника. Есть уже исследования на эту тему.

**Вопрос:** Не считаете ли Вы, что отмена бета-блокаторов вызывает синдром раздраженного кишечника?

**Ответ:** Да!

**Вопрос:** Каков возрастной профиль синдрома раздраженного кишечника?

**Ответ:** С 16—17 лет.

**Вопрос:** Как же ставить диагноз после 50 лет?

**Ответ:** Мы должны ставить диагноз, если он очевиден, здесь — несоответствие «Римским критериям III».

**Вопрос:** Есть ли этнические особенности?

**Ответ:** О них сообщалось, но в согласительный документ они не вошли.

**Выступление проф. Шентулина А.А.:** Ставьте диагноз синдрома раздраженного кишечника как можно более осторожно! Симптомом комплекс неспецифичен и может встречаться при всех заболеваниях. Некоторые рекомендации Римского консенсуса для нас неприемлемы — ориентироваться только на клиническую симптоматику. Это приводит к тому, что за этим скрывается онкология и др. заболевания. Необходимо полное обследование. Если диарея — особенно! Возрастных ограничений заболевания нет. Речь идет о том, во сколько оно начинается.

**Заключительное выступление Председателя А.И. Воробьева:** Владимир Харитонович Василенко был гражданином! Василенко, Виноградов, Мясников — это был мощнейший научный кулак, это — титаны. Они создали целую эпоху нашей медицины. Что касается доклада, то в нем прозвучало: Когда Вы «обрежете пуповину»? Сколько же можно ориентироваться на «Рим...» и прочие рекомендации? Василенко был человеком абсолютно свободным от предвзятости по отношению к разным рекомендациям. Также надо самим делать работы, так как есть, как минимум, этнические особенности.

## ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ СЕКЦИИ «ЧЕЛОВЕК И ИНФЕКЦИЯ» МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ от 14.03.2007 г.

Сопредседатель секции: проф. В.Е. Ноников

Секретарь: И.В. Тюрина

**Повестка дня:** Проф. А.И. Синопальников (Государственный институт усовершенствования врачей МО РФ, кафедра пульмонологии). Антибактериальная терапия при обострении хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ): «за» и «против».

Обострение ХОБЛ — ухудшение в состоянии пациента в течение двух и более последовательных дней, возникающее остро и сопровождающееся усилением кашля, увеличением объема отделяемой мокроты или изменением её цвета, появлением или нарастанием одышки, что требует, как правило, модификации привычной терапии. Классическими признаками, характеризующими обострение заболевания, являются критерии, предложенные N.R. Anthonisen: появление или усиление одышки; увеличение объема отделяемой мокроты; усиление гнойности мокроты. Наличие всех трёх вышеуказанных критериев описывается как I тип, двух из них — как II тип, одного — как III тип обострения заболевания.

Ведущая роль в развитии обострений ХОБЛ принадлежит инфекции респираторного тракта, обуславливающей возникновение до 80% случаев обострений с установленной этиологией. Показаниями для назначения антибактериальной терапии являются: обострение ХОБЛ I типа; обострение ХОБЛ II типа при наличии гнойной мокроты; любое обострение ХОБЛ, требующее проведения неинвазивной или искусственной вентиляции лёгких. Выбор антибиотика при лечении обострения ХОБЛ предусматривает учет фармакодинамики и фармакокинетики препаратов, а также доказательств их клинической и бактериологической эффективности в ходе рандомизированных контролируемых исследований.

С целью повышения эффективности эмпирической терапии среди пациентов, нуждающихся в назначении антибиотиков, выделяют три группы, различающиеся между собой по структуре вероятных возбудителей, распространенности определенных механизмов устойчивости и тактике антибактериальной терапии.

В первую группу включены пациенты с простым (неосложнённым) обострением ХОБЛ, характеризующимся нечастыми обострениями заболеваниями (менее 4-х в течение года), возникающими у больных в возрасте до 65 лет с отсутствием серьёзных сопутствующих заболеваний и незначительными или умеренными нарушениями бронхиальной проходимости (объем форсированного выдоха за 1 сек — ОФВ<sub>1</sub> > 50% от должных значений). Для этой категории больных наиболее вероятными возбудителями являются *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Moraxella catarrhalis* и *Haemophilus parainfluenzae* с природным уровнем чувствительности к антибиотикам. В качестве средств выбора рекомендуются амоксициллин или макролиды (азитромицин, кларитромицин), альтернативных препаратов — ингибиторозащищённые пенициллины (амоксициллин/клавуланат, амоксициллин/сульбактам), в случае аллергии на β-лактамы антибиотики — «респираторные» фторхинолоны (левофлоксацин, моксифлоксацин, гемифлоксацин).

Ко второй группе относятся пациенты с осложнённым обострением ХОБЛ, признаками которого являются: возраст пациента >65 лет и/или выраженные нарушения вентиляционной функции лёгких (ОФВ<sub>1</sub> < 50% от должных значений), и/или наличие серьёзных сопутствующих заболеваний (сахарный диабет, сердечная недостаточность, хронические заболевания печени и почек, сопровождающиеся функциональной недостаточностью), и/или 4 и более обострений в течение года, и/или госпитализации по поводу обострения в предшествующие 12 месяцев, и/или использование системных глюкокортикостероидов или антимикробных препаратов в предшествующие 3 месяца.

Поскольку у этих больных вероятность этиологической роли представителей семейства *Enterobacteriaceae* возрастает, а также увеличивается частота выделения резистентных микроорганизмов, то для лечения обострения рекомендуются ингибиторозащищённые пенициллины или «респираторные» фторхинолоны.

Доминирующая роль *Pseudomonas aeruginosa* в этиологии обострения ХОБЛ у пациентов третьей группы с наличием выраженных функциональных нарушений (ОФВ<sub>1</sub> < 35% от должных значений), хронического отделения гнойной мокроты, бронхоэктазов, предшествующего выделения *P. aeruginosa* из мокроты определяет назначение ципрофлоксацина или левофлоксацина в качестве препаратов выбора для лечения данной категории больных.

#### Вопросы к докладчику:

**Вопрос:** В одних из последних рекомендаций по ведению пациентов с ХОБЛ указано, что одним из наиболее частых возбудителей является синегнойная палочка.

**Ответ:** Вы абсолютно правы. В этом документе последнего пересмотра и более ранних документах есть указание, что чем более тяжелое исходное течение ХОБЛ, которое оценивается, как мы уже сказали в том числе и по выраженности вентиляционных нарушений, т. е. по значениям ОФВ<sub>1</sub>, тем выше вероятность встречи с представителями семейства *Enterobacteriaceae*, в частности, *Klebsiella pneumoniae* и синегнойной палочкой. Действительно, это так, и современные рекомендации предусматривают выделение даже определенного типа обострений ХОБЛ, так называемое осложненное обострение ХОБЛ, с высоким риском встречи с синегнойной палочкой. В частности, факторами риска подобной встречи являются постоянное отхождение гнойной мокроты (на протяжении года или большего периода), хотя бы раз имевший в прошлом место быть эпизод выделения *Pseudomonas aeruginosa* из мокроты независимо от фазы течения болезни и, наконец, наличие бронхоэктазии, что при доступности технологии мультиспиральной томографии по сути делает доступным диагностику этого



патологического состояния. Это основные три клинические ситуации, ну и конечно, резкое снижение ОФВ<sub>1</sub> — не менее 35% от должных значений. Вот если присутствует любая из упомянутых факторов риска потенциальной *Pseudomonas aeruginosa* инфекции, значит надо предпринимать соответствующие усилия, чтобы документировать

Продолжение на стр. 7 ↘

**СТАНДАРТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

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

Эти стандарты мало доступны врачам.

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

Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

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

Частота предоставления услуги или частота назначения лекарственного средства в стандарте отражает вероятность выполнения медицинской работы (услуги) или применения лекарственного средства на 100 человек и может принимать значение от 0 до 1, где 1 означает, что всем пациентам необходимо оказать данную услугу. Цифры менее 1 означают, что настоящая услуга оказывается не всем пациентам, а при наличии соответствующих показаний и возможности оказания подобной услуги в конкретном учреждении. Среднее количество отражает кратность оказания услуги каждому пациенту.

Ориентировочная дневная доза (ОДД) определяет примерную суточную дозу лекарственного средства, а

эквивалентная курсовая доза (ЭКД) лекарственного средства равна количеству дней назначения лекарственного средства, умноженному на ориентировочную дневную дозу.

Разработчики: Хальфин Р.А., Шарапова О.В., 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 С ЭПИЛЕПТИЧЕСКИМ СТАТУСОМ НЕУТОЧНЕННЫМ**

**1. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА**

**Категория возрастная:** взрослые, дети

**Нозологическая форма:** эпилептический статус неуточненный

**Код по МКБ-10:** G 41.9

**Фаза:** острое состояние

**Стадия:** первое обращение

**Осложнение:** вне зависимости от осложнений

**Условие оказания:** скорая медицинская помощь

Приложение  
к приказу Министерства  
здравоохранения и социального развития  
Российской Федерации  
от 6 сентября 2006 г. № 653

1.1. ДИАГНОСТИКА

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A 01.31.009	Сбор жалоб и анамнеза общетерапевтический	1	1
A 01.31.010	Визуальный осмотр общетерапевтический	1	1
A 01.31.011	Пальпация общетерапевтическая	1	1
A 01.31.016	Перкуссия общетерапевтическая	1	1
A 01.31.012	Аускультация общетерапевтическая	1	1
A 02.10.002	Измерение частоты сердцебиения	1	1
A 02.12.001	Исследование пульса	1	1
A 02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	1
A 02.09.001	Измерение частоты дыхания	1	1
A 01.23.004	Исследования чувствительной и двигательной сферы при патологии центральной нервной системы	1	1
A 05.10.001	Регистрация электрокардиограммы	1	1
A 05.10.007	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных	1	1
A 09.05.023.001	Исследование уровня глюкозы в крови	1	1

1.2. ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА 30 МИНУТ

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A 01.31.009	Сбор жалоб и анамнеза общетерапевтический	1	1
A 02.09.001	Измерение частоты дыхания	1	1
A 02.10.002	Измерение частоты сердцебиения	1	1
A 02.12.001	Исследование пульса	1	1
A 02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	1
A 25.31.001	Назначение лекарственной терапии при неуточненных заболеваниях	1	1
A 11.12.002	Катетеризация кубитальной и других периферических вен	1	1
A 11.12.003	Внутривенное введение лекарственных средств	1	1
A 11.08.011	Установка воздуховода	0,2	1
A 14.08.004	Отсасывание слизи из носа	0,5	1
A 16.09.011	Искусственная вентиляция легких	0,05	1
A 11.09.008	Ингаляционное введение лекарственных средств и кислорода	1	1
F 05.01.02	Транспортировка пациента службой скорой медицинской помощи вне медицинского учреждения (организации)	1	1

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД**	ЭКД***	
Средства, влияющие на центральную нервную систему	Анксиолитики (транквилизаторы)	Диазепам	0,6			
		0,4				
		1	10 мг	80 мг		
		Противосудорожные средства	0,6			
			Мидазолам	0,3	3,5 мг	7 мг
			Фенитоин	0,3	140 мг	140 мг
Вальпроевая кислота и ее натриевая соль	0,4	150 мг	300 мг			
Растворы, электролиты, средства коррекции кислотного равновесия, средства питания	Электролиты, средства коррекции кислотного равновесия	0,2				
		1				
		Магния сульфат	0,5	1000 мг	2000 мг	
Натрия хлорид	0,5	400 мл	400 мл			
Средства, влияющие на кровь	Растворы и плазмозаменители	0,5				
		1				
Декстроза	0,5	50 мл	120 мл			
Средства для лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта	Спазмолитические средства	0,1				
		1				
Атропин	1	0,5 мг	1 мг			

\* — Анатомо-терапевтическо-химическая классификация. \*\* — Ориентировочная дневная доза. \*\*\* — Эквивалентная курсовая доза.

**СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ФОЛЛИКУЛЯРНОЙ КИСТОЙ ЯИЧНИКА**

**1. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА**

**Категория возрастная:** взрослые

**Нозологическая форма:** фолликулярная киста

**Код по МКБ-10:** N 83.0

**Фаза:** острое состояние

**Стадия:** первое обращение

**Осложнение:** разрыв кисты

**Условие оказания:** скорая медицинская помощь

Приложение  
к приказу Министерства  
здравоохранения и социального развития  
Российской Федерации  
от 25 сентября 2006 г. № 675

1.1. ДИАГНОСТИКА

Код	Наименование	Частота предоставления	Количество
A01.20.001	Сбор анамнеза и жалоб в гинекологии	1	1
A02.03.001	Термометрия общая	1	1
A01.20.002	Визуальное исследование в гинекологии	1	1
A01.20.003	Пальпация в гинекологии	1	1
A02.09.001	Измерение частоты дыхания	1	1
A02.12.001	Исследование пульса	1	1
A02.10.002	Измерение частоты сердцебиения	1	1
A02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	1

Начало на стр. 5 ↗

## 1.2. ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА 30 МИНУТ

Код	Наименование	Частота предоставления	Количество
A01.20.001	Сбор анамнеза и жалоб в гинекологии	1	1
A02.03.001	Термометрия общая	1	1
A02.09.001	Измерение частоты дыхания	1	1
A02.12.001	Исследование пульса	1	1
A02.10.002	Измерение частоты сердцебиения	1	1
A02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	1
A25.20.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях женских половых органов	1	1
A11.12.003	Внутривенное введение лекарственных средств	1	1
F05.01.02	Транспортировка пациента службой скорой медицинской помощи вне медицинского учреждения (организация)	1	1

## 1.3. ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД**	ЭКД***
Средства влияющие на сердечно сосудистую систему			0,1		
	<i>Вазопрессорные средства</i>		1		
		Допамин	1	10 мг	10 мг
Гормоны и средства, влияющие на эндокринную систему			0,1		
	<i>Неполовые гормоны, синтетические субстанции и антигормоны</i>		1		
		Преднизолон	1	30 мг	60 мг
Средства, влияющие на кровь			1		
	<i>Растворы и плазмозаменители</i>		1		
		Декстроза	0,5	400 мл	400 мл
		Гидроксиэтилкрахмал	0,5	400 мл	400 мл
	<i>Средства, влияющие на систему свертывания крови</i>		1		
		Этамзилат	1	500 мг	1500 мг

\* — Анатомо-терапевтическо-химическая классификация.

\*\* — Ориентировочная дневная доза.

\*\*\* — Эквивалентная курсовая доза.

## СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ЭКЛАМПСИЕЙ

## 1. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА

**Категория возрастная:** взрослые**Нозологическая форма:** эклампсия**Код по МКБ-10:** 015**Фаза:** острое состояние**Стадия:** первое обращение**Осложнение:** ишемические и геморрагические повреждения мозга, острый жировой гепатоз**Условие оказания:** скорая медицинская помощь

Приложение  
к приказу Министерства  
здравоохранения и социального развития  
Российской Федерации  
от 25 сентября 2006 г. № 682

## 1.1. ДИАГНОСТИКА

Код	Наименование	Частота предоставления	Количество
A01.20.001	Сбор анамнеза и жалоб в гинекологии	1	1
A02.31.002	Термометрия общая	1	1
A01.20.002	Визуальное исследование в гинекологии	1	1
A01.20.003	Пальпация в гинекологии	1	1
A01.31.016	Перкуссия общетерапевтическая	1	1
A01.31.012	Аускультация общетерапевтическая	1	1
A02.09.001	Измерение частоты дыхания	1	1
A02.12.001	Исследование пульса	1	1
A02.10.002	Измерение частоты сердцебиения	1	1
A02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	1
A09.05.023.001	Исследование уровня глюкозы в крови с помощью анализатора	1	1

## 1.2. ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА 30 МИНУТ

Код	Наименование	Частота предоставления	Количество
A01.20.001	Сбор анамнеза и жалоб в гинекологии	1	1
A02.09.001	Измерение частоты дыхания	1	1
A02.12.001	Исследование пульса	1	1
A02.10.002	Измерение частоты сердцебиения	1	1
A02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	1
A11.01.002	Подкожное введение лекарственных средств и растворов	0,1	1
A11.02.002	Внутримышечное введение лекарственных средств и растворов	0,5	1
A11.12.003	Внутривенное введение лекарственных средств	1	1
A25.20.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях женских половых органов	1	1
A11.08.011	Установка воздуховода	0,01	1
A14.08.004	Отсасывание слизи из носа	0,1	1
A16.09.011	Искусственная вентиляция легких	0,1	1
F05.01.02	Транспортировка пациента службой скорой медицинской помощи вне медицинского учреждения (организация)	1	1

## 1.3. ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД**	ЭКД***
Средства, влияющие на центральную нервную систему			0,6		
	<i>Анксиолитики (транквилизаторы)</i>		0,1		
		Диазепам	1	10 мг	80 мг
	<i>Прочие средства, влияющие на центральную нервную систему</i>		1		
		Метионил-глутамил-гистидил-фенилаланил-пролил-глицил-пролин	1	3 мг	3 мг
Средства, влияющие на кровь			0,2		
	<i>Препараты плазмы</i>		1		
		Декстран	1	200 мл	400 мл
Растворы, электролиты, средства коррекции кислотного равновесия, средства питания			1		
	<i>Электролиты, средства коррекции кислотного равновесия</i>		1		
		Магния сульфат	1	2000 мг	2000 мг

\* — Анатомо-терапевтическо-химическая классификация.

\*\* — Ориентировочная дневная доза.

\*\*\* — Эквивалентная курсовая доза.

Начало на стр. 3, 4

присутствие синегнойной палочки в мокроте или в бронхиальном секрете. А что касается препаратов выбора, то при тяжелых обострениях, требующих стационарного лечения, подойдет любой из антисинегнойных антипсевдомонадных препаратов. Это могут быть антисинегнойные антипсевдомонадные цефалоспорины, карбапенемы (меропенем или меропенем-циластатин, но никак не эртапенем, который завоевывает всю большую популярность сегодня, в том числе и среди российских врачей). Это могут быть фторхинолоны. Так к ципрофлоксацину, который традиционно известен своей антисинегнойной активностью, и с некоторых пор добавился еще и левофлоксацин, обладающий сопоставимым антисинегнойным действием.

**Замечание к вопросу:** В большой дозе!

**Ответ:** В большой дозе, совершенно верно, 750 мг один раз в сутки. Т. е. получается, что вся инфекционная проблема ХОБЛ не сводится только к пневмококку или гемофильной палочке. Чем труднее с клинической и прогностической точки зрения пациент, тем вероятность встречи с Enterobacteriaceae и синегнойной палочкой, естественно, возрастает. А это диктует дополнительные требования к выбору антибиотиков.

**Вопрос:** Какова длительность лечения?

**Ответ:** Традиционный подход, который активно никем не пересматривается — 7–14 дней. Но, естественно, должна быть какая-то клиническая целесообразность. И если при пневмонии у нас есть маркер клинической эффективности — динамика лихорадки, то при обострении ХОБЛ повышения температуры мы не встречаем практически никогда. Современные тенденции в мире в части снижения селективности антибиотикорезистентных штаммов — могут быть рекомендованы высокодозные режимы непродолжительной антибиотикотерапии. На основании модели сначала внебольничной пневмонии, а затем и обострения хронического бронхита показано, что могут использоваться режимы длительностью 5 дней. Так, гемифлоксацин имеет официально признанный режим дозирования 5-дневный. Появился азитромицин, 2 г, вся курсовая доза которого принимается одномоментно. Таким образом, существует традиционный подход (7–14-дневный) и нетрадиционный (высокодозная, короткой длительности терапия).

**Вопрос:** Вы говорили о генотипических различиях среди гемофильных палочек, но в практическом здравоохранении есть возможность определять такие различия?

**Ответ:** Никак.

дикация) в группе левофлоксацина и кларитромицина оказалась сравнимой и составила 85,7% и 69,2% соответственно ( $p = 0,07$ ). Оба препарата продемонстрировали высокую клиническую эффективность: 96,6% в группе кларитромицина и 95,6% в группе левофлоксацина. Достоверных различий в длительности безрецидивного периода в группах сравнения не выявлено.

**Выводы:** 1) Доминирующими микроорганизмами при бактериологическом исследовании образцов мокроты у больных с осложненным обострением ХОБЛ являются *S. pneumoniae* и *H. Influenzae*. 2) В этиологии осложненного обострения ХОБЛ возрастает значение грамотрицательных энтеробактерий и *P. aeruginosa*. 3) Левофлоксацин и кларитромицин обладают сравнимой клинической и микробиологической эффективностью при лечении данной категории пациентов.

**Вопросы к докладчику:**

**Вопрос:** Какие еще препараты назначались?

**Ответ:** Кроме антибиотиков это могли быть бронхолитики. По большому счету, все. Базисно эти пациенты уже получают бронхолитическую терапию и противовоспалительную терапию. Т. е. терапия, которая проводилась им по поводу обструктивной болезни легких, практически не менялась. К ней просто добавлялся антибиотик. Да, возможно, усиление одышки приводит к более частому применению скоромощных препаратов. Но помимо антибиотикотерапии, лечение могло заключаться, например, в увеличении дозы препарата бронхолитического.

**Вопрос:** Это были все больные с обострением ХОБЛ?

**Ответ:** Да, больные с обострением.

**Вопрос:** Имело ли место системное применение стероидов?

**Ответ:** Не назначалось данным пациентам.

**Вопрос:** Использовалась ли рандомизация?

**Ответ:** Да, методом случайных чисел.

**Заключение.**

Председатель: Я услышал в конце слова «доказательная медицина» — это меня всегда несколько будоражит. Похоже, что раньше все было бездоказательным. Значит, с позиции доказательной медицины, в лечении обострений ХОБЛ что важно: доказательство А — симпатомиметики, холинолитики. Таким образом, что касается теofilлинов — это уровень доказательности В. Уровень доказательности А — применение антибиотиков и применение системных стероидов. Это версия GOLD, 2006 года. Будем считать, что это самое доказательное, что есть. Если говорить о том, что мы сегодня заслушали — в первом докладе и «за» и «против»

## Интервью

### Смерть LSD

В Швейцарии на 103-м году жизни скончался изобретатель LSD (диэтиламида лизергиновой кислоты) Альберт Хофманн. Он родился в Бадене и обучался химии в Цюрихе. Докторскую степень он получил за исследование химической структуры хитина. Наиболее известное свое открытие — синтез диэтиламида лизергиновой кислоты (LSD) — наркотика, вызывающего галлюцинации и эмоциональные расстройства, искажающего восприятие времени и пространства, Хофманн сделал в 1938 г. Тогда он работал в лаборатории фармфирмы Sandoz над новым лекарством, стимулирующим деятельность сердца, проводя опыты со спорыньей — паразитом ржи. Через 5 лет, 16 апреля 1943 г., повторяя синтез почти забытого вещества, Хофманн открыл психоделический эффект LSD, случайно капнув кислотой на палец. Спустя 3 дня он принял 250 мкг и испытал более интенсивный эффект. Опасаясь, что заболел, он поехал из лаборатории домой на велосипеде: субъективные ощущения — очень медленная езда — не соответствовали объективным — очень большая скорость движения. В течение нескольких часов Альберту казалось, что он охвачен демоном, что его соседка является ведьмой, что мебель может причинить ему вред. Чувство тревоги сменилось комфортом, нахлынули яркие разноцветные образы в форме кругов и спиралей, которые не пропадали при закрытых глазах, звук проезжающего автомобиля воспринимался в форме оптического образа. Утром Альберт чувствовал себя хорошо, только несколько уставшим. Завтрак показался ему необычайно вкусным, и весь день сенсорная чувствительность была усилена. Он написал о своем эксперименте сразу, а позже поместил эту заметку в свою книгу «LSD — мой трудный ребенок». В 1950-х и начале 1960-х гг. LSD активно использовался для лечения психических расстройств в США и Великобритании. В 1953—1954 гг. в MI-6 (британская разведка) давали LSD сотрудникам без их ведома, пытаясь создать «сыворотку правды». В 2006 г. подопытным были выплачены огромные компенсации. В 1950—1965 гг. в ходе исследований LSD были написаны тысячи научных работ, проведены 6 международных конференций, препарат прописывался как лекарство более чем 40000 пациентам. К 1965 г., в связи с ростом общественного протеста, компания Sandoz прекратила выпуск LSD, а в 1966 г. вещество было запрещено в США и Великобритании.


То, что Хофманн увидел случайно, многие пытались использовать, чтобы стимулировать свою творческую деятельность, забыть о реальности. Он хотел создать лекарственное средство, а открыл нечто, изменившее культуру США в 60—70-е годы. А Хофманн до конца своих дней настаивал на легализации LSD для медицинского лечения. В последние годы жизни Хофманн получил от властей Швейцарии разрешение на возобновление медицинских экспериментов с использованием LSD, однако не успел приступить к реализации своих планов. В свой 100-летний юбилей 11.01.06 г. он стал центральной фигурой международного симпозиума, посвященного LSD. Выступая на нем, Хофманн заявил: «Я думаю, что в эволюции человека не было ничего такого важного, как LSD. Это лишь инструмент для превращения нас в то, чем нам положено быть».

**Источник:** «Новые известия»

### Каникулы не только приятны, но и полезны

Французскими учеными подтверждена обоснованность рекомендаций по ограничению посещения общественных мест, в том числе различных праздничных мероприятий во время эпидемии гриппа. Во Франции были проведены статистические исследования, сравнивающие скорость распространения гриппа и других респираторных вирусных инфекционных болезней во время школьного года и в дни каникул. Результаты обработки данных, полученных в течение 21 года, подтвердили предположение о том, что первой мерой, ограничивающей эпидемический процесс, является закрытие школьных учреждений на карантин, которое позволяет снизить скорость передачи инфекции среди детей примерно на 20%. Это позволяет несколько снизить нагрузку, которая обрушивается на систему здравоохранения во время эпидемии.

**Источник:** tma.ru



### ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ: НЕОТЛОЖНАЯ ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА

**Б.П. Богомолов**  
ИЗДАТЕЛЬСТВО НЬЮДИАМЕД  
2007 г.

В отличие от предшествующих изданий по инфекционным болезням (ИБ), читателю предлагается книга с оригинальным построением. В общей части книги (первых двух главах) рассматриваются клинические проявления ИБ, отличающие их от других заболеваний, методология и методы диагностики. Во второй, специальной, части каждая группа ИБ (инфекции дыхательных путей, кишечные инфекции, кровяные инфекции, инфекции наружных покровов, антропозоозы) завершается главами, посвященными клинической дифференциальной диагностике, охватывающей широкий круг болезней, в том числе клинически сходных неинфекционных заболеваний.

В основу клинической диагностики ИБ положены ведущие симптомы и синдромы: лихорадка, сыпь, лимфаденопатия, бронхолегочные поражения, боль со стороны органов брюшной полости, диарея, геморрагические проявления, поражения печени, почек, опорно-двигательного аппарата и др. Проведен анализ результатов исследований гемограммы при различных ИБ, объединенных общим механизмом заражения, изложены основные методы лабораторной диагностики. В сжатом виде представлены неотложные первичные меры, ограничивающие распространение ИБ.

Книга завершается главой, посвященной принципам лечения инфекционных больных, уходу, питанию, реабилитации.

Рекомендуется семейным врачам, инфекционистам, терапевтам, врачам скорой помощи, профильных специальностей, клиническим ординаторам и аспирантам клинических кафедр.

*Заявки на приобретение можно направлять по адресу:*  
**115446, Москва, Коломенский пр., д. 4, а/я 2, МТП Ньюдиамед**  
 Тел/факс (499) 782-31-09      E-mail: mtpndm@dol.ru  
 Подробности на сайтах [www.zdrav.net](http://www.zdrav.net) и [www.zdravkniga.net](http://www.zdravkniga.net)

2. Проф. А.И. Синопальников, А.Г. Романовских (Государственный институт усовершенствования врачей МО РФ, кафедра пульмонологии).

### Сравнительная эффективность левофлоксацина и кларитромицина СР при осложненном обострении хронической обструктивной болезни лёгких (ХОБЛ).

Целью исследования состояло оценить клиническую и микробиологическую эффективность левофлоксацина и кларитромицина СР при лечении осложненного обострения ХОБЛ. Исследование является открытым, сравнительным. Пациенты, переносящие осложненное обострение ХОБЛ, были рандомизированы на две группы, одна из которых получала левофлоксацин, другая кларитромицин СР. Оба препарата назначались внутрь по 500 мг один раз в сутки в течение 7 дней. Период наблюдения составил 24 недели. До начала антибактериальной терапии, после её окончания (при наличии у пациентов исследуемого материала), а также в случае клинической неэффективности проводилось микробиологическое исследование мокроты.

В исследование включено 52 пациента, из которых 29 принимали левофлоксацин, а 23 — кларитромицин СР. Результативность микробиологического исследования мокроты до начала антибактериальной терапии составила 52%. *Streptococcus pneumoniae* был выделен в 47%, *Haemophilus influenzae* в 26,4%, грамотрицательные энтеробактерии и *Pseudomonas aeruginosa* в 23,5% случаев. Микробиологическая эффективность (эрадикация и предполагаемая эра-

применения антибиотиков. Все в медицине развивается по спирали: разрабатываем новые препараты, применяем, получаем резистентные формы и переходим на следующий виток спирали и так практически со всеми антибиотиками на протяжении многих лет. Сегодня был затронут вопрос, который в нашей литературе давно не поднимался — профилактического назначения антибиотиков. А ведь в Великобритании в 70-е годы существовала прямо такая программа ведения хронического бронхита — каждому больному по 10 дней доксициклина каждый месяц. Отлично? Отлично. Только в течение первого года, когда меньше стало обострений и стало лучше пациентам. А после этого получили нарастание резистентности — доксициклин больше не помогает этим пациентам. И вот, хотя с некоторым опозданием, но такие последователи появились в нашей стране. Но сейчас, слава Богу, никому это в голову не приходит. Действительно, препараты должны применяться строго по показаниям, но если пациент не тяжелый, необходимо решить вопрос о целесообразности антибиотикотерапии. Сейчас, чтобы заболеть ХОБЛ, необязательно курить — нужно всего лишь пройти по центральному улицам столицы. Значит, я думаю, что все, о чем сегодня говорилось, о том, что у нас создаются формуляры, которые пытаются все расставить от А до Я — так оно не всегда так получается, потому что в медицине не всегда дважды два четыре. Сегодня мы заслушали хорошее сообщение, которое принесет всем нам пользу.

## ИнтерНьюс

### Убить врача

Бизнесмен Игорь Брежо нанял киллера для убийства профессора Липмана, по чьей вине, как считает Брежо, погибла его новорожденная дочь. Экспертная комиссия решила, что Липман ни в чем не виноват, а девочка погибла из-за патологии беременности. Брежо решил мстить самостоятельно и нанял киллера, посулив за жизнь профессора 11 тысяч долларов. Поскольку бизнесмен попал в поле зрения МВД еще на стадии поиска исполнителя, нанятый киллер оказался оперативником, и заказчика повязали. Председатель Лиги защиты пациентов А. Саверский думает, что дежурный врач просто не заметил отслоения плаценты у пациентки. Суд присяжных оправдал заказчика убийства. Этот вердикт присяжных вызывает ужас, поскольку свидетельствует о полном отсутствии у них правосознания.

Весьма трудно представить медицинскую комиссию, которая бы взяла сторону пациента, а не врача: с корпоративной солидарностью все в порядке. Иначе им элементарно не выжить — особенно при нынешних условиях труда, мало улучшившихся за последние годы, — считает автор публикации. Доказать врачебную ошибку сегодня невозможно, и Лига защиты пациентов сходится один на один с негласной «лигой защиты врачей». С точки зрения пациента, всегда виноват врач. С точки зрения врача, виновато правительство, не дающее денег. Компромисса в этом противостоянии не видно. Пациент «бесплатного» медика уверен (и не без оснований), что врач, работающий за гроши, его ненавидит. Пациент платного (и чаще всего весьма дорогого) медика уверен, что за его деньги врач обязан стать всемогущим — тяжелых случаев и неизлечимых болезней отныне нет. Содружество врача и пациента, их общая борьба с болезнью, их взаимопонимание и взаимоуважение остаются для России такой же недостижимой мечтой, как симфония народа и власти.

Впрочем, это касается и отношений продавцов с покупателями, и учителей с учениками и родителями, а в самом общем виде — всех зависимых с теми, от кого что-то зависит. И если мы не научимся договариваться, физические расправы с учителями, врачами, продавцами, с чиновниками станут нашей повседневностью. И присяжные уже вполне понимают такие поступки.

Источник: Труд

### Антибиотикопрофилактика при аппендиците

Докторами Е. Елисейевой и Ю. Гайнуллиной в ретроспективном исследовании оценена эффективность периперитонеальной антибиотикопрофилактики инфекций области хирургического вмешательства у больных острым аппендицитом. Высокий риск возникновения инфекций области хирургического вмешательства при остром аппендиците ассоциировался с катаральной формой, наличием выпота, возрастом (больше 60 лет при флегмонозном и больше 35 при катаральном аппендиците), нетипичным расположением отростка, наличием и количеством сопутствующих диагнозов у больного, продолжительностью проведения операции более 70 минут. У пациентов с флегмонозным аппендицитом без факторов риска (9% больных) вероятность возникновения инфекций области хирургического вмешательства составляет 2%. Применение антибактериальных препаратов в этой группе больных не сопровождалось статистически значимым снижением вероятности возникновения инфекционных осложнений. Проведение антибиотикопрофилактики у пациентов с низким риском развития инфекционных осложнений с использованием амоксициллина/клавуланата не имело фармакоэкономических преимуществ перед применением комбинации цефазолина с метронидазолом. У пациентов с высокой степенью риска частота возникновения инфекций снижалась только при применении амоксициллина/клавуланата. Использование комбинации цефазолина с метронидазолом в данной группе было фармакоэкономически невыгодно. При наличии флегмонозного аппендицита с выпотом вопрос о дополнительном периперитонеальном введении антибактериального препарата должен быть решен во время операции с учетом расположения отростка, количества и характера выпота, сопутствующей патологии, продолжительностью проведения операции более 70 минут. Полученные уравнения логистической регрессии можно использовать для расчета индивидуального риска возникновения инфекций области хирургического вмешательства и выбора антибактериального препарата для периперитонеальной антибиотикопрофилактики при остром аппендиците.

Источник: Проблемы стандартизации в здравоохранении, 2008, № 2

Начало на стр. 1

оказывающие медицинские услуги. Остальные же члены коллектива также могут и должны получить свой процент от этих наработок, т. к. их труд заложен в увеличении объема работы и жизненно необходим для учреждения.

Распределение свободных финансовых средств в виде премии стали проводить пропорционально нормативам распределения средств между производителями и не производителями медицинских услуг. Это соотношение было определено в результате анализа сумм окладов указанных выше групп по тарификационным ставкам и штатному расписанию учреждения. Дальнейшее распределение средств между отдельными сотрудниками, оказывающими услуги пациентам, происходит пропорционально проценту перевыполнения каждым работником этой группы функции врачебной или сестринской должности, а между сотрудниками, не оказывающими непосредственно услуги пациентам — пропорционально окладу.

В коллективном договоре было записано также, что работодатель обязуется ежемесячно предоставлять на комиссию по оплате труда письменную информацию о выполненной функции должностей в денежном выражении на каждого сотрудника и суммарно по подразделениям, а также на работников, не оказывающих медицинские услуги. Эти сведения формируются компьютерной службой учреждения и вносятся в протокол комиссии по оплате труда. В реальной жизни описанный выше финансовый баланс отношений проходит не в спокойной обстановке, а в постоянных бурных колебаниях между эмоциональным содержанием и наличными деньгами.

Фактором, придающим силу профгору и определяющим, добьется он успеха или потерпит неудачу, является лидерство. На тему об универсальных законах лидерства существует обширная литература. Одним из самых поразительных фактов является тот, что успеха можно добиться только с помощью других людей, поэтому имейте дело с надлежащими людьми, которые Вас понимают и поддерживают. Профгору приходится вести диалоги, участвовать в спорах. Это — жизнь. Как при этом добиться положительного результата? Вот несколько советов, взятых из литературы (Джерри Спенс, адвокат, 1995), и проверенных на практике.

**Готовьтесь.** Готовьтесь, пока не начнется спор. Хорошая подготовка сродни написанию сценария. Дайте своей стороне роль хороших парней, несправедливо обвиненных, не-

заслуженно презираемых и совершенно непонятых. Дайте своей стороне роль несправедливо обиженных.

**Откройте слушателей, чтобы они могли воспринять Ваши аргументы.** Вы уже знаете как: наделите их властью пригласить или отвергнуть Ваши доводы.

**Придайте своим словам форму рассказа.** Все мы природные рассказчики и слушатели. Не забывайте: жюри, начальство, ваши близкие — все расположены слушать истории.

**Говорите правду.** Пользуясь простыми словами, Вы достигните невероятной силы убедительности. Быть самим собой — это сильный ход. Любой сильный довод начинается и оканчивается правдой.

**Объясняйте, чего вы добиваетесь.** Если Вы оставите окружающих в неведении относительно того, чего Вы добиваетесь, их предположения могут оказаться неверными. Кроме того, необходимость гадать снизит их доверие к Вам. Помните о силе справедливости. Найдите естественные основы справедливости своей позиции и скажите об этом прямо, потребуйте простого правосудия.

**Избегайте сарказма, презрительных насмешек. Осторожно используйте юмор.** Уважительное отношение к противнику поднимает Ваши акции. Уважение — вещь обоюдная. Будьте осторожны: неудачная попытка пошутить — самая ужасная из всех стратегий.

**Логика несёт в себе силу.** Если логика на Вашей стороне, используйте её всеми способами. Но не надо отказываться от творчества в угоду логике.

**Атака и победы сёстры.** Самая безнадежная атака чаще всего оказывается более эффективной, чем самая изощренная защита. Не давайте своему противнику контролировать ситуацию. Никогда не отсиживайтесь в стороне, если есть возможность атаковать. Берите инициативу в свои руки. Делайте хоть что-нибудь.

**Понимайте свою силу. Дайте себе позволение — только победить.** Но помните: высокомерие, наглость и глупость — близкие родственники.

**Займите позиции победителя. Научитесь говорить волшебно.** Рискните, прыгните.

Жизнь показывает, что медики, вероятно, в силу своей профессии беспокоятся только о больных и не активны в защите своих интересов. Поэтому, в заключении, в качестве совета профгору хотела бы привести слова известного психолога: «Жертву может окончательно спасти только одно — она сама должна стать охотником» (К. Сельченок, 2006 г.)



### КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ

3-е издание дополненное с приложениями  
Под редакцией профессора П.А. Воробьева  
Издательство НЬЮДИАМЕД  
2008 г.

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

Монография — размышления о качестве медицинской помощи, современном состоянии здравоохранения, рациональных путях развития здравоохранения. Впервые представлен анализ систем лекарственного обеспечения в США, странах Западной и Восточной Европы. Подробно изложена методология фармакоэкономических (клинико-экономических) исследований, моделирование, методов принятия решений. На многочисленных примерах показаны достижения российских экспертов.

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

ВЫШЛА В СВЕТ НОВАЯ КНИГА!

### Не очень плодотворная дискуссия на сайте МОООФИ осень 2007—весна 2008.

Обработка П. Воробьева.

«Друзья! Наша страна затратила миллиарды на покупку диагностического оборудования в рамках Национального проекта Здоровье. А насколько адекватно потрачены эти суммы, как посчитать адекватность затрат на диагностические методы. Что есть специфичность и чувствительность в переводе на деньги? Я знаю, что в отдельных исследовательских группах что-то делается (например, Волгоград), но это пока не оформилось в столь же мощное движение, как исследование лекарств. Какие мысли? П.А.

Надо обучить врачей понятиям «чувствительность» и «специфичность». После этого публиковать показатели для каждого обследования. Может, хоть таким образом удастся искоренить РЭГ и Эхо-ЭС. М.В.

М.В. Только обучением не поднять проблему. Есть способы экономической оценки, они позволяют обосновать то или иное решение. А как вы относитесь к сплошной флюорографии, реакции Вассермана, анализу на ВИЧ, маммографии, общему анализу крови и мочи, общему белку, холестерину, фибриногену и др. Да и ЭКГ всем подряд — что дает, кроме работы для специалиста? Но сейчас не очень точно определено (во всяком случае, у нас), что брать за показатели эффективности диагностических методов. Это и надо разработать. П.А.

Уважаемый П.А., видимо, сначала надо разделить, что мы хотим разработать 1. Эффективную программу скрининга (массовое обследование ЗДОРОВЫХ людей). 2. Эффективность назначения различных обследований БОЛЬНЫМ. Это 2 принципиально разных вопроса, каждый из них требует своего подхода. Для скрининга экономическая составляющая очень важна. М.В.

М.В. Я не возражаю, вы здесь правы, врачей нужно учить. Но вот вопрос на засыпку (на него у меня нет ответа): зачем делать ПСА? Оказывается, что затем нужна биопсия. Хорошо. Но биопсия дает лишь 30% диагноза при наличии рака простаты.

Значит, оставшиеся 70% больных уйдут без диагноза? (я не имею ввиду ситуацию, когда рак можно пальцем прощупать или ПСА зашкаливает). Придут когда? — через год? и снова ПСА, биопсия, потом через год еще раз. Согласен, выявят многих, но не очень скоро. Ну а потом? Радикально оперировать — онкологи не очень «за». Кастрировать, так ведь больные не очень «за». Рак этот относительно долгий, лечения радикального пока нет, а так как он часто у пожилых, то вообще не всякое лечение возможно. Как принять решение в такой ситуации. Я, например, выступаю скорее «против» ПСА, чем «за», но моя позиция — не уверенная. Речь — о критериях эффективности, которые можно поставить в знаменатель дроби затраты/эффективность. Туда чувствительность и специфичность не воткнешь — этого мало. Кстати, экономическая эффективность вложения средств в закупку всяких анализаторов, томографов в мире изучается (нельзя сказать, что приветствуется и хорошо используется). Например, мне прислал польский коллега отчет по анализу целесообразности закупки новой модели спирального томографа: он нужен только для науки, так как не улучшает результатов. Правильно вы подумали, поляки купили 6 таких. Деньги осваивать нужно везде. Но они хоть пытались провести анализ, а мы... П.А.

С экономической точки зрения самое близкое, что можно здесь применить, это «Анализ эффективности инвестиции», где главным показателем должна быть статистика смертности от различных заболеваний. Ведь в конечном итоге инвестиции должны работать на то, чтобы увеличить прибыль (спасенные жизни) и уменьшить убытки (смертность). А.Т.

А. Это правильно, но в глобальном масштабе. Во-первых — когда обнаружим мы снижение смертности? через сколько лет? И как вычленишь из этого, например, анализ крови. В целом, если говорить о Национальном проекте Здоровье — наверное, так и поступят. Формула-то в целом одна: сверху затраты, снизу — эффективность. Но вот — что считать эффективностью? Заранее согласен, что для каждого метода нужен

Продолжение на стр. 9



Начало на стр. 8 ↻

свой критерий. Но тогда мы никогда не договоримся — один будет доказывать, что ничего нет важнее ранней диагностики анемии, а другой — что важнее обнаружить редкое наследственное нарушение обмена веществ. Для методов лечения есть важный общий показатель — качество жизни, умноженное на количество добавленных лет. В принципе и для диагностики можно что-то такое придумать. П.А.

Что касается польских СКТ. Они обсуждают, есть ли экономическая эффективность в ЗАМЕНЕ, а мы обсуждаем ВКЛЮЧЕНИЕ в стандарт по инсульту нейроимиджа!!! Разницу чувствуете? М.В.

Уважаемый М.В., не чувствую я разницы. У них страна вся — проедешь за несколько часов насквозь, у них нет проблемы территориальной доступности (или недоступности). У нас КТ и МРТ на душу населения больше, чем где бы то ни было в Европе. У нас есть места, где визуализация возможна чуть ли не в каждой больнице (15 штук в Ханты-Мансийском регионе). А в других местах — пусто. И у нас идет замена старых приборов на новые, многие потом «сбываются» на сторону в частные клиники или в другие больницы. Но у нас нет системы: нет правил внедрения этой техники. Вот пример: весь округ Большого Парижа (это все города-спутники километров на 50 от города) делает исследование групп крови в 1-й (!) лаборатории, она отвечает за подбор компонентов каждому (!) больному. Как? — а работает обычная почта, все анализы высылаются по почте. А у нас каждый доктор (якобы) делает это исследование и контролирует перед переливанием и группу крови донора, и группу крови реципиента. Это — между прочим — тоже экономика. Так я и не понял предложения — какие критерии эффективности при скрининге и какие — при «просто диагностике»? Сформулируйте. П.А.

лодых граждан, которые приносят стране прибыль. Конечно, КТ для исхода инсульта не очень принципиален в большинстве своем. А вот для травматических гематом — очень. Кстати, субдуральные гематомы лечатся элементарно. Этому обучены все травматологи ЦРБ. И исходы при ранних трепанациях довольно хороши. Многие люди могут вернуться к работе. Так же не учтено, что КТ выполняют рентгенологи, которые уже есть в штате больницы. Их нужно всего лишь доучить. М.В.

М.В., я лишь привел систему расчетов, попробуйте посчитать и вы. Для КТ нужны отдельные ставки, существующие рентгенологи этим заниматься не смогут: нагрузка не та. Или будут заниматься, как совместители, но на это нужны деньги все равно. И я не про убыточность медицины, а про рациональное расходование средств. Аппараты «голова-шея» не одно и то же, что тело. Хотя это и не важно, но цена таких аппаратов не 1,5 млн, а на 3 порядка выше. Сколько у вас гематом, сколько в ЦРБ травм головы в год? какие хирургические заболевания требуют КТ и МРТ, где нельзя решить УЗИ? Только опять — на уровне ЦРБ. И еще, квалификация специалиста зависит от того, сколько он видит однотипных вариантов — ЧМТ или брюшных патологий. Но специалист по Эхо-КГ не полезет в живот, хотя там, согласитесь, все и так видно, даже не специалисту. Как не полезет абдоминальный хирург, если он не авантюрист, на сердце, легкие или банальную травму. Только не надо вспоминать, что каждый врач должен принимать роды и снимать ЭКГ: это очевидный маразм в наше время. Сапоги — сапожнику. На западе, кстати, вы не имеете права оказать помощь человеку на улице, если у вас нет соответствующей лицензии, т. е. вы — не профессионал. А у нас каждый может делать все. Мы такие, универсальные... П.А.

Уважаемый М.В., нельзя не согласиться, что подход к оценке эффективности скринингов и обычных диагностических тестов — совершенно различный. С образованием все сложно: ведь на чувствительность и специфичность ничего не замыкает

## ИнтерНьюс

### Мойте клавиатуру перед едой

Лондонские специалисты по микробиологии провели исследование в офисах на наличие бактерий, вызывающих пищевые отравления. Результаты исследования удивили даже ученых: часть компьютерных клавиатур оказались настоящим скоплением вредных бактерий, представляющих собой угрозу здоровью. В ходе проверки удалось обнаружить клавиатуру, количество микробов на которой было в пять раз больше, чем на сидении унитаза офисного туалета. Это значение в 150 раз превышает максимально допустимое количество бактерий. На двух из 33 клавиатур был обнаружен высокий уровень стафилококка, а на двух других — колибактерии и энтеробактерии. Одной из причин такого запущенного состояния клавиатур является несоблюдение простых правил гигиены: офисные работники не только обедают, не отходя от компьютера, но и элементарно забывают мыть руки после посещения туалета. В прошлом году аналогичное исследование было проведено в Аризоне. Американские работники оказались еще более неопрятными, чем британские: на некоторых рабочих столах специалисты обнаружили в 400 раз больше бактерий по сравнению с сиденьем офисного унитаза. Примечательно, что рабочие места женщин оказались в 3—4 раза грязнее, чем мужские.

Источник: [www.rian.ru](http://www.rian.ru)

### В продаже появится тест для диагностики болезни Альцгеймера

Первый тест для ранней диагностики болезни Альцгеймера и Паркинсона начнет продаваться уже этим летом. Об этом сообщил его производитель, американская компания Power3 Medical Products. «В настоящее время на рынке не представлено диагностических тестов ни для каких нейродегенеративных заболеваний, а их выявление основывается исключительно на клинической симптоматике», — сообщил представитель компании С. Раш. Тест под названием NuroPro основан на определении уровня 59 белков-биомаркеров в образце крови. С его помощью можно диагностировать такие заболевания, как болезнь Паркинсона, болезнь Альцгеймера и боковой амиотрофической склероз (болезнь Шарко). Тест имеет высокую чувствительность и специфичность — более 90%, утверждает Раш. По словам производителей, новый тест позволяет диагностировать болезнь Альцгеймера на ранней стадии — примерно за 6 лет до появления симптомов. Таким образом, врачи смогут раньше выявлять пациентов из группы риска. Кроме того, метод может быть полезен для контроля за эффективностью лечения, полагают специалисты. Планируется, что летом новый тест появится в продаже в Греции, а к концу года будет доступен и в США.

Источник: [Chemistry & Industry](http://Chemistry & Industry)

### Блестящие губы привлекательны для рака

Бальзамы и блески не только не защищают от солнца губы, но, наоборот увеличивают риск заболевания раком кожи, утверждают дерматологи из медицинского центра Университета Baylor в Далласе (США). В преддверии летнего сезона врачи обращают внимание на то, что защита губ от лучей солнца так же важна, как и использование солнцезащитного крема для кожи. Однако, по их данным, менее 25% людей применяют для губ специальные средства от ультрафиолета. Губы более склонны к развитию онкологических образований, чем остальная кожа. Когда формируются опухолевые очаги в нижней губе, это, как правило, ведёт к более агрессивному поражению лимфатических узлов и стремительному развитию опухоли, чем когда рак затрагивает только кожу. Надо наносить гляцевые помады в солнечную погоду только поверх специального средства от действия UVA-лучей. Также при условиях жаркой погоды и сильной активности солнца рекомендуется наносить бальзам для губ с утра и затем повторно обновлять его слой в течение дня. Эксперты напоминают, что при любых изменениях цвета поверхности кожи губ, появлении подозрительных светлых пятен и при постоянном шелушении следует пройти медицинское обследование.

Источник: [tma.ru](http://tma.ru)

### Уважаемые господа!

## Со второго полугодия 2008 года Издательство НЬЮДИАМЕД начинает выпуск нового журнала КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ И ФАРМАКОЭКОНОМИКА

Миссия журнала — объединение усилий клинических фармакологов, специалистов по фармакоэкономике, медицине доказательств и фармакоэпидемиологии для развития системы рационального лекарственного обеспечения в России и содружественных странах, что реализует принципы справедливости и общедоступности медицинской помощи.

Целью создания журнала является обеспечения качества медицинской помощи с использованием формуляров и стандартов на основе современных достижений клинической фармакологии. Журнал является печатным органом МОО «Общество фармакоэкономических исследований» (МОООФИ — RSPOR), Евразийского альянса обществ фармакоэкономических исследований (EVRASPOR), ассоциации клинических фармакологов Санкт-Петербурга, Форумного комитета РАМН.

Основные проблемы и темы журнала: фармакокинетика и фармакодинамика, фармакогенетика, фармакоэкономика и клиничко-экономический анализ, фармакоэпидемиология, формулярная система — руководства, перечни, стандартизация и управление качеством лекарственной терапии, медицина доказательств, редкоприменяемые лекарства, негативные перечни лекарств, жизненная важность лекарственных средств, диагностические лекарственные средства, регистрация лекарственных средств, клинические испытания, этика и лекарства, ценообразование и референтные цены, экономика фармации, юридические проблемы фармакотерапии, БАД, безрецептурные препараты и ответственное самолечение, фармакогеронтология, педиатрическая и акушерская фармакология, безопасность лекарственных средств.

#### Подписаться на наш журнал вы можете:

1. Через агентство РОСПЕЧАТЬ, каталог «ГАЗЕТЫ И ЖУРНАЛЫ» Индекс журнала — 70182.
2. Через редакцию журнала, заполнив бланк-заказ и оплатив указанную сумму (журнал высылается по Вашему адресу в конверте).

Все так. Но при чем здесь экономика? Сколько бы ни стоил томограф — этот прибор спасает жизнь. А дешевая эхоэнцефалоскопия жизнь не спасает. Поэтому если показатели чувствительности и специфичности КТ сейчас позволяют называть его золотым стандартом диагностики внутричерепных катастроф — надо это прописывать в стандарты диагностики и лечения ЧМТ и инсультов. И уж пусть министерство думает, как томограф из Якутии во Владимирскую область перевезти. Надо считать, сколько стоит обследование миллиона здоровых человек, чтобы выявить болезнь до ее клинических проявлений, и спасет ли такое обследование этих людей, либо они все равно умрут. М.В.

Видите ли, М.В., кивать на Минздрав или Горздрав нужно кончать. Там сидят такие же люди, как и мы с вами, но вряд ли умнее. Они — чиновники — не знают, как правильно распределить деньги. Должны высказаться специалисты, т. е. врачи с грамотным экономическим обоснованием. Скажите мне, сколько в стране районных больниц? Ведь в них везут пациентов с инсультом? Эта тема вам близка и понятна. В области Владимирской сколько районов? Умножаем на 80 регионов (пусть очень примерно). Итого: потребность в КТ-приборах. Умножаем на стоимость прибора пусть дешевого — 1,5 млн евро или, политкорректно, на 42 миллиона рублей. Пусть в регионе 20 районов, на Владимирскую область одновременно нужно 840 миллионов рублей. Множим на 80 регионов — получаем 62 миллиарда рублей. Теперь — помещения, пусть по 30 000 рублей за квадратный метр (приличный ремонт, без всякой энерговооруженности, на самом деле — раза в 3—4 больше) — метров 50 нужно не меньше (говорят, что на самом деле — метров 100—120, но пусть), итого на все центры — 2,4 миллиарда рублей. Персонал — пусть 4 человека, да на мизерную зарплату в 3000 рублей (найдите таких), да на полные сутки (увеличим в 3 раза минимум персонал) — это 2,8 млн на страну в месяц, без начислений и административных расходов (или 28 млн в год). А еще расходники, техническое обслуживание. Что дальше? Поставили диагноз, отличили тромбоз от геморрагии — и что? Тромболитис — единичным больным, так как доставка инсульта в среднем — сутки по стране, препарат крайне дорог, а его эффективность — не столь высока, как хотелось бы. Нейрохирургические пособия при гематоме — а кто их будет делать, и кто разрешит делать необученному специалисту? Обучение все равно стоит денег, хотя бы проживание и командировочные. Все это реальные вопросы, это не теория. Попробуйте посчитать, во что обходится 1 диагностированный больной с туберкулезом при сплошной флюорографии всех поступающих в больницы вашей области. Просто, чтобы вы знали порядки цифр. П.А.

Уважаемый П.А., в своих расчетах Вы не учитываете, что КТ в основном нужен и оказывает огромное влияние на исход ЧМТ и других травм, в том числе грудной и брюшной полости. И не только травм, но и хирургических заболеваний. А это большее количество восстановленных и работоспособных мо-

да — это только начало. Ценность одно и то же метода различна при разной распространенности заболевания, это уже прогностическая ценность, тоже показатель. Есть еще отношение правдоподобия... Вроде бы как всех нужно учить это понимать и интерпретировать. Ничего сложного нет. Но нужно массовое влияние на врачебные умы: студенчество, последипломное образование. Например, симпатичные буржуины из Мичиганского детского госпиталя делают руководства по педиатрии, и в каждом — стандартный набор — интерпретация показателей. В.В. Власов в каждом выпуске Международного журнала медицинской практики на 3-ей странице публиковал глоссарий. Мы готовимся сейчас на нашем сайте выпускать глоссарий терминов по клиничко-экономическому анализу. Но этого пока мало, на 660 тысяч врачей и уйму среднего медперсонала, студентов... По поводу скринингов — мне понравилась фраза специалиста на прошлогоднем Кокрейновском коллоквиуме: все скрининги вредны, некоторые скрининги могут быть полезны. До чиновников это нужно доводить. Больше им не от кого узнать. О.Б.

У меня такое чувство, что все чиновники — это какие-то злые болваны, в отличие от тут пишущих коллег. Ну, я чиновник. Все эти выкладки для декоммунизированного чиновника (а чиновник деквалифицирован как врач — специалист) слишком сложны и отвлечены. Никакой глоссарий этого не исправит. Ученый, который не может объяснить пятилетнему ребенку, чем он занимается — занимается чем попало. Собственно, у хотела ввести (или напомним) такие понятия, как «число людей, которое надо обследовать, чтобы выявить один случай заболевания» и «число больных, которых надо обследовать, чтобы предотвратить один случай смерти». Первый показатель касается скрининга, и здесь вопрос финансовой целесообразности может обсуждаться. Что же касается второго — фактически это обсуждение стоимости одной человеческой жизни. Вы писали, что в ХМАО 15 участковых больниц имеют КТ. Можно узнать, какие именно? Насколько я знаю, у нас в ХМАО томографы стоят в основном в окружных больницах. У нас в городе окружной больницы нет. И томографа нет. До ближайшего — 200 км (в соседний город) по хорошей дороге, на КТ не наездиться — золотой час вылетает в трубу. И я полагаю, что томограф нам ставить надо. Даже если благодаря ему удастся спасти всего 1 жизнь в год. Разумеется, если он появится — обследований на нем будет больше 1 — регулярно приходится сталкиваться так или иначе с людьми, которые приходят за компенсацией проезда в соседний город на КТ, без которого не обойтись при текущей (неострой) диагностике. Спинальные, люди с опухолями в голове и некоторые другие категории, сами понимаете, лишены или времени или подвижности, чтобы это сделать. Пока что есть только одно (смешное, по-моему) обоснование наличия или отсутствия томографа в том, что Вы назвали «участковыми» больницами — ФОМС не велит. Как может это не велеть ФОМС, который

Продолжение на стр. 10 ↻

Начало на стр. 8, 9 ↗

снимает деньги за невыполнение стандартов, мне не понятно. И.Г.

Мы были в Ханты-Мансийске лет 7 назад, проводили семинар в Фонде ОМС, там и было сказано нам, что в регионе закуплено 15 томографов и установлены они не в государственных больницах, а в частных клиниках где-то при буровых (а это вроде участковых, как я понимаю). Проверить эту информацию у меня возможности не было, но говорили об это люди авторитетные, официальные, да это и не так важно. Такая же ситуация была в то время в Белгородской области — там два ГОКа приобрели по томографу (находясь в 1-м городе), но доступ населения к ним был закрыт — клиники стали частными вместе с ГОКа. Тогда же обсуждался приезд в эти клиники специалистов из Израиля вахтовым методом — то, что планируется воспроизвести в рамках Национального проекта Здоровье: специалистов будут завозить на операции. Может быть, это и звучит дико, но цена человеческой жизни имеет совершенно определенную величину. Более того, для лечебных технологий использует показатель «стоимость добавленного года качественной жизни». Величина эта используется для принятия управленческих решений относительно финансирования. П.А.

Эта величина, насколько я понимаю, у нас до сих пор не озвучена. У меня большие сомнения, что она вообще рассчитана кем-то на сегодня. И.Г.

лучевой диагност читает не только обычные R-граммы, но и все остальные методы, включая УЗИ и радионуклидные. И никаких лишних ставок. Вместо того, чтоб посмотреть никому не нужные черепушки, будет смотреть КТ. Опять же процедура более быстрая, не надо проверять укладки, переделывая снимки по 100 раз. Круглосуточное время работы элементарно устанавливается дежурством на дому, ведь в райцентрах можно привезти врача из дома за 10–20 минут. Да, вертолет — мегадорогое удовольствие. Сама машина стоит как несколько КТ, да и керосина жрет немалое. Плюс не всепогоден. Что касается примеров покупки томографов в частные клиники, это нас не должно волновать. Эти деньги не государственные, а частные, и могут расходоваться как угодно. Пусть хоть женам нефтянников бесплатно грудь увеличивают, можно лишь порадоваться за них. Но это не имеет никакого отношения к организации качественной медпомощи по стране. Основной вопрос — на какое количество населения необходим томограф, и как рассчитывать — по количеству прикрепленных или по доступности доезда?

По поводу скрининга согласен с О.Б. ...Взятый правительством курс на массовый скрининг вызывает некоторые сомнения. По крайней мере, он должен быть экономически оправдан. М.В.

М.В. В целом возражать тут нечего. Недавно слушал выступление «главного рентгенолога» США — жаль, не записал его фамилии, но человек он известный. Он рассказывал о жуткой гиперактивности в Штатах в отношении

еще нужно в том или другом месте. Рассчитывать на добрых нефтянников приятно, но это тупиковый путь. Нефтяникам не нужны «свежие» спинальные, и не интересна диагностика новообразований мозга. У них свои интересы. И кормить избыточную государственную медицину они не обязаны, и это правильно. Нефтяники, кстати, не тратятся на вертолет «в центр». Они, как Вы заметили, покупают томографы. А уж частный капитал деньги считать умеет. Может, не мудрить, а спросить, почему они так делают? Вообще мне большая часть этого топика внушает грусть. Вы много знаете теории. Это супер и, наверное, это так и должно быть. Мне как организатору здравоохранения СТОЛЬКО теории не надо. У меня голова практикой занята: фильтрация теории четко направлена на практику. Поэтому для меня упомянутые показатели — не второй ряд, а первый. Они ДОЛЖНЫ быть давным-давно у нас. Почему их нет в официальном обороте? Спрашиваю Вас, как человека, который этот оборот в некотором роде формирует. Для чего задавать риторические вопросы, если ответ на них уже есть. И.Г.

И.Г. Один у нас народ, он не делится на категории. И медицина у нас одна, ее почему-то организаторы делят на какие-то части, что неверно в корне. Во всем мире частные клиники оказывают помощь для всех граждан в соответствии с государственными программами. И государство платит (не придирайтесь здесь к «государству», в каждой стране свои заморочки) в частные клиники. В этом состоит конкуренция. У нас искусственно выделены частные клиники из системы оказания помощи и говорят — они не наши. Я не знаю, может быть, в ХМАО и платят по ОМС в частные клиники? — в большинстве регионов — нет. Но есть и иные примеры, когда бюджет строит с частником на паях клиники (например, несколько в Москве и Московской области для гемодиализа) и платит из бюджета за процедуры. Доступность и качество повышается в разы. Между прочим, нефтяники — тоже наше государство, платят львиную долю налогов, на которые живет здравоохранение. Уж кому, как не в ХМАО, это знать. Для того, чтобы посмотреть показатель стоимости года качественной жизни при использовании той или иной технологии, можно зайти на сайт института качественной клинической практики NICE (Великобритания), там есть кое-что. Но и у них — не все. За каждым таким параметром — исследование, группы исследователей. У нас таких любителей нет, кроме нашей команды, но мы всего осилить не можем. Очень грустно услышать про «теоретиков и практиков». Почти 30 лет назад, придя в больницу, я услышал эту глубокомысленную сентенцию — мол, там ученые, пусть их, а мы практики... где те практики? Лечат больных мазилками и свечками, раствором коровьего ума. Что касается чувствительности, специфичности и т. д. — по большинству диагностических методов их нет. Мы используем эти данные в спорных случаях, при обсуждении, когда одна сторона пытается включить методики, а вторая — отклонить. Это аргумент, в некоторых местах его можно обнаружить. Но для всех процедур сегодня сделать это невозможно. Так же, как невозможно прописать доказательства для всех операций или лекарств. Например — аппендэктомия при аппендиците имеет статус А или нет? Ваше мнение. П.А.

П.А., спасибо за ответ. Никто никогда не оспаривал роль жугта в остановке кровотечений и необходимость вскрытия гнойника... М.Я.

Господа, спрошу еще кое-что. Нужна ли рентгенография при пневмонии, ЭКГ при инфаркте миокарда, трансaminaзы и билирубин при гепатите, мочевина при гломерулонефрите. Только по порядку, пожалуйста. П.А.

Вопрос, как я понимаю, риторический. Про диагностику и лечение названных и других хворей врачи получили базовые знания в институте, освежают их на циклах усовершенствования, научно-практических конференциях разного уровня, читая журналы, методички, пособия для врачей и т. д., да даже и общаясь с коллегами, в т. ч. в сети. А вот чуть серьезнее вопрос в развитии этого поворота — нужна ли лапаротомия при выявленном гемоперитонеуме после тупой травмы живота? Что напишете в очередной стандарт? Традиционным для постсоветского здравоохранения ответом является — да, да, и еще раз да, непременно, обязательно нужна, под угрозой дисциплинарной, административной, уголовной и прочей ответственности. Хотя «пустые» лапаротомии составляют заметную долю. А наши зарубежные коллеги уже лет 15 к этому вопросу подходят не так однозначно. И, скажем, при линейном разрыве печени и небольшом кровотечении живот не вскрывают. Наблюдают, делают УЗИ. Потихоньку этот подход проникает и на родные просторы. Подозреваю, много где вопреки местным аксакалам. Которые как раз запросто могут составлять федеральные или региональные «стандарты». Павел Андреевич, как Вам видится эта ситуация? А.Н.

А. Наконец-то вы нащупали почву. Все перечисленное выше не является обязательным. В принципе. И врач вправе не выполнять эти предписания. Так и у «западных» людей: обязательность «в принципе» компенсируется необязательностью в конкретной ситуации. Конечно, аппендицит можно и нужно лечить антибиотиками, хотя бы в тех случаях, когда нет «острого живота». Так и печаль, например, при гемобластазах. На другой стороне — удаленные отростки с отсутствием воспаления и своим процентом смертей «от операции». Какая ЭКГ у хрипящего в отеке легких больного — нужно попробовать помочь ему. Рентгенологическое исследование легких вовсе не обязательно в типичном случае пневмонии (кстати, тут есть доказательства у американцев), при домашнем ее лечении. И т. д. и т. п. Вряд ли, впрочем, Вы найдете такие указания в каком-либо руководстве. П.А.

Увы, в этой дискуссии ни до чего не удалось договориться. Но многое удалось обсудить. Думается, тема не исчерпана, но очень печально общее неприятие экономических подходов. Будем работать дальше...



## XIII Международная научно-практическая конференция «ПОЖИЛОЙ БОЛЬНОЙ. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ»

29 сентября—1 октября 2008 года

Центральный дом ученых РАН, Москва

Web-сайт: [www.zdrav.net](http://www.zdrav.net), [www.zdravkniga.net](http://www.zdravkniga.net)

E-mail: [gerontology@zdrav.net](mailto:gerontology@zdrav.net)

Постоянно действующий Организационный комитет конференции  
«ПОЖИЛОЙ БОЛЬНОЙ. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ» сообщает о проведении  
29 сентября—1 октября 2008 года

XIII Международной научно-практической конференции.

### ОСНОВНЫЕ НАУЧНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ КОНФЕРЕНЦИИ:

- Организация медицинской и социальной помощи пожилым. Современные геронтологические технологии. Сестринский процесс.
  - Геронтологические аспекты терапии (кардиология, ревматология, гематология, и т. д.), хирургии, офтальмологии, стоматологии, неврологии и психиатрии.
  - Теоретические основы геронтологии, старение, геропротекторы.
  - Стандартизация, медицина, основанная на доказательствах, и клиничко-экономический анализ в гериатрии
  - Геронтофармакология
- Во время конференции будет проходить выставка ведущих фирм, производящих лекарственные препараты, лечебное и реабилитационное медицинское оборудование, предметы ухода для пожилых.

### ВАЖНЫЕ ДАТЫ

Предоставление тезисов до 30 июня 2008 г. Заявки на гостиницу до 1 сентября 2008 г.

**Правила оформления тезисов.** Тезисы объемом не более 400 слов (3500 знаков — до 1,5 страниц формата А4), шрифт 12, 1,5 интервала размещаются ONLINE или пересылаются в 2-х экземплярах в адрес Оргкомитета с приложенной дискетой с электронным вариантом (Word для Windows). Воспроизведение с авторского оригинала без редактирования — ответственность за все ошибки лежит на авторе тезисов.

В присланных тезисах должны быть указаны название, авторы (ФИО представляющего автора должно быть внесено первым), организация, желательное — цели и задачи исследования, описание методов и полученных результатов с приведением цифровых данных, заключение. **Дополнительно предоставляется:** контактная информация каждого из авторов, информация об учреждении каждого из авторов: отдел, организация/больница, город, страна

### ЗАРЕГИСТРИРОВАТЬСЯ

на XIII Международной научно-практической конференции «Пожилкой больной. Качество жизни», забронировать номер в гостинице вы сможете **ONLINE** или направив в адрес Оргкомитета заявку на участие по почте или по факсу.

Регистрационный взнос с учетом действующих налогов составляет 2000 руб. и обеспечивает аккредитацию участника конференции, публикацию тезисов, получение опубликованных тезисов, папки с материалами конференции, ежедневный обед. Для членов Научного медицинского общества геронтологов и гериатров — оплата в размере 50%. Вопрос о возможности аккредитованных участников выступить с устным сообщением решается Организационным комитетом **на основании заявки и тезисов.** Регистрационный взнос следует перечислять на расчетный счет ООО «МТП Ньюдиамед» с указанием **фамилии участника конференции.** К/с 301 018 100 000 000 005 05 Р/с 407 028 105 000 000 004 85 в АКБ «СТРАТЕГИЯ» (ОАО) БИК 044 579 505 Код по ОКОНХ: 91514 Код по ОКПО: 189 440 19 ИНН 770 224 522 0 КПП 770201001

Адрес Оргкомитета: Москва, 115446, Коломенский проезд д. 4, ГКБ № 7, Кафедра гематологии и гериатрии ММА им. И.М. Сеченова, Оргкомитет Конференции: «ПОЖИЛОЙ БОЛЬНОЙ. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ».  
Телефон/факс: (499) 782-31-09, E-mail: [gerontology@zdrav.net](mailto:gerontology@zdrav.net). Web-сайты: [www.zdrav.net](http://www.zdrav.net) [www.zdravkniga.net](http://www.zdravkniga.net)

Вы ошибаетесь: величина эта озвучена давно, около 10 лет, но она не принимается официально. Тут Вы правы. Что касается томографов, то по данным академика Тернового (2007 г.), их число в России больше — на душу населения — чем в развитых Европейских странах. Но там они работают 24 часа в сутки, а у нас — в 1 смену (т. е. 2—3 человека в день). Сейчас, наконец, в Москве кое-где начинают ставить КТ и МРТ в скоромощные приемные отделения на 24-часовой график. Это — правильно, и экономически целесообразно. А насчет районов и участковых больниц у меня все равно сомнения. И их надо считать, мои сомнения, эмоциями меня никак не убедить. Дайте хотя бы статистику, сколько может быть ежедневная потребность в ЦРБ? А про ценность человеческой жизни я слышал немало, только этим не достучаться до денег. Ситуация у вас — маразм с точки зрения организации: приборов много, доступность = 0. Из-за расстояний — в том числе. Может, дешевле всех вертолетом в центр возить? Не знаю, мысли вслух. Есть ведь и маленькие приборы, они передвижные. В армии США были КТ на трейлерах еще в 79 году, сейчас все это миниатюрнее. П.А.

Уважаемый П.А., строго говоря, я не организатор здравоохранения, поэтому мне сложно проводить математический и экономический анализ. Я все ближе к клиническим примерам, но, надеюсь, мои высказывания Вам тоже пригодятся. Ценность КТ перед УЗИ в диагностике хир. патологии уже давно даже не обсуждается. Насколько мне известно, в USA КТ — золотой стандарт диагностики острого аппендицита. Представляете, сколько ненужных операций можно было избежать! Рентгенолог ОБЯЗАН уметь читать КТ и МРТ. Это его прямая специализация. Если он пока не умеет, его надо этому научить. Кстати, на Западе

компьютерных методов визуализации: тысячи лучевых ожогов. Напомню, КТ излучает очень много энергии. Там, действительно, делают исследования, надо — не надо, для контроля. В целом все знакомо — «посмотрите живот, что-то мне не понятно» вместо того, чтобы думать. И конечно, специалиста по УЗИ на пушечный выстрел не подпустят к КТ или МРТ — там у каждого прибора своя круглосуточная бригада. Универсальных специалистов давно уже нет нигде. Не путайте «специальность» и «рабочее место». Там лицензия именно на рабочее место подтверждается ежегодно, а не диплом. И очень грустно слышать, что частные клиники вне системы здравоохранения. Не успеем оглянуться, как вне системы окажутся государственные клиники: в стране давно идет приватизация медицинской помощи. Не ходить далеко — РАО ЖД — негосударственная структура, 5 миллионов обслуживаемый контингент (официально — Московская область или Питер). РАО ЕС, Газпром, всякие ДОКи и прочее — там все частное, но люди-то общие. Там не для богатых, как почему-то вы думаете, там работники лечатся, вагоновожатые. Как же их не учитывать в общей системе здравоохранения страны. Правила должны быть едиными для всех, так написано в Конституции. А еще есть пусть и государственная, но вне нас медицина ведомственная — армия, ФСБ, пограничники, МВД, ГУИН. Там тоже наши люди... П.А.

Уважаемый П.А.! По-моему, это не очень правильно — заглядывать в чужой карман. Вы ведь сами вроде бы написали, что это нефтяники купили томографы? Так вот пусть нефтяники и разбираются, где и как они используются. Вы занимаетесь написанием документов для государства, в конечном счете. А значит, должны исходить из того, что на данный момент есть у государства и что ему

## ПЕРЕЧЕНЬ ВЕДУЩИХ РЕЦЕНЗИРУЕМЫХ НАУЧНЫХ ЖУРНАЛОВ И ИЗДАНИЙ, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертации на соискание ученой степени доктора<sup>1</sup> и кандидата наук (редакция апрель 2008 года)

### (МЕДИЦИНА)

Авиакосмическая и экологическая медицина\*  
 Акушерство и гинекология\*  
 Аллергология  
 Аллергология и иммунология\*  
 Ангиология и сосудистая хирургия\*  
 Андрология и генитальная хирургия  
 Анестезиология и реаниматология\*  
 Анналы аритмологии\*  
 Анналы клинической и экспериментальной неврологии\*  
 Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии\*  
 Анналы хирургии\*  
 Анналы хирургической гепатологии\*  
 Антибиотики и химиотерапия  
 Артериальная гипертензия\*  
 Архив патологии\*  
 Астма  
 Биомедицинская химия  
 Биохимия\*  
 Боль  
 Бюллетень Научного центра сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева РАМН «Сердечно-сосудистые заболевания»\*  
 Бюллетень Сибирского отделения Российской академии медицинских наук\*  
 Бюллетень сибирской медицины  
 Бюллетень экспериментальной биологии и медицины\*  
 Вестник аритмологии\*  
 Вестник Военно-медицинской академии\*  
 Вестник Волгоградского государственного медицинского университета\*  
 Вестник восстановительной медицины\*  
 Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии\*  
 Вестник дерматологии и венерологии\*  
 Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова\*  
 Вестник Новосибирского государственного университета. Серия: Биология, клиническая медицина  
 Вестник новых медицинских технологий\*  
 Вестник оториноларингологии\*  
 Вестник офтальмологии\*  
 Вестник последипломного медицинского образования  
 Вестник рентгенологии и радиологии\*  
 Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина\*  
 Вестник Российского государственного медицинского университета\*  
 Вестник Российской академии медицинских наук\*  
 Вестник Российской военно-медицинской академии\*  
 Вестник РУДН Серия «Медицина»  
 Вестник Санкт-Петербургского университета  
 Серия 11. Медицина\*  
 Вестник Санкт-Петербургской государственной медицинской академии\*  
 Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова\*  
 Вестник трансплантологии и искусственных органов  
 Военно-медицинский журнал\*

Врач скорой помощи  
 Гематология и трансфузиология\*  
 Гений ортопедии\*  
 Гигиена и санитария\*  
 Глаукома\*  
 Грудная и сердечно-сосудистая хирургия\*  
 Дальневосточный журнал инфекционной патологии  
 Дальневосточный медицинский журнал\*  
 Дезинфекционное дело\*  
 Детская и подростковая реабилитация  
 Детская онкология\*  
 Детская хирургия\*  
 Детские болезни сердца и сосудов\*  
 Детские инфекции  
 Журнал акушерства и женских болезней\*  
 Журнал вопросы нейрохирургии им. академика Н.Н. Бурденко\*  
 Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии\*  
 Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова + Stroke\*  
 Здоровье населения и среда обитания  
 Здоровоохранение Российской Федерации\*  
 Иммунология\*  
 Институт стоматологии\*  
 Инфекции в хирургии\*  
 Инфекционные болезни\*  
 Казанский медицинский журнал\*  
 Кардиоваскулярная терапия и профилактика\*  
 Кардиология\*  
 Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия\*  
 Клеточная трансплантология и тканевая инженерия\*  
 Клеточные технологии в биологии и медицине\*  
**Клиническая геронтология: научно-практический журнал\***  
 Клиническая дерматология и венерология\*  
 Клиническая и экспериментальная тиреоидология\*  
 Клиническая лабораторная диагностика\*  
 Клиническая медицина\*  
 Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия  
 Клиническая неврология\*  
 Клиническая стоматология\*  
 Клиническая фармакология и терапия\*  
 Клиническая физиология кровообращения\*  
 Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии\*  
 Колопроктология\*  
 Креативная кардиология\*  
 Кремлевская медицина. Клинический вестник  
 Кубанский научный медицинский вестник\*  
 Лечащий врач\*  
 ЛФК и массаж\*  
 Мануальная терапия\*  
 Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях\*  
 Медико-социальная экспертиза и реабилитация\*  
 Медицина катастроф\*  
 Медицина критических состояний  
 Медицина труда и промышленная экология\*  
 Медицинская визуализация\*  
 Медицинская генетика\*  
 Медицинская иммунология\*  
 Медицинская наука и образование Урала  
 Медицинская паразитология и паразитарные болезни\*

Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева\*  
 Общая реаниматология\*  
 Общественное здоровье и здравоохранение\*  
 Онкогематология\*  
 Онкоурология\*  
 Опухоли женской репродуктивной системы. Маммология/онкогинекология\*  
 Ортодонтия\*  
 Остеопороз и остеопатия\*  
 Офтальмология  
 Офтальмохирургия\*  
 Паллиативная медицина и реабилитация\*  
 Пародонтология\*  
 Патология кровообращения и кардиохирургия  
 Патология кровообращения и кардиохирургия\*  
 Патфизиология и экспериментальная терапия\*  
 Педиатрическая фармакология\*  
 Педиатрия  
 Журнал им. Г.Н. Сперанского\*  
 Пермский медицинский журнал  
 Проблемы безопасности и чрезвычайных ситуаций\*  
 Проблемы медицинской микологии  
 Проблемы особо опасных инфекций  
 Проблемы репродукции\*  
 Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины\*  
**Проблемы стандартизации в здравоохранении\***  
 Проблемы туберкулеза и болезней легких\*  
 Проблемы управления здравоохранением\*  
 Проблемы эндокринологии\*  
 Профилактика заболеваний и укрепление здоровья  
 Психиатрия  
 Психические расстройства в общей медицине\*  
 Психическое здоровье\*  
 Пульмонология\*  
 Радиация и риск (Бюллетень Национального радиационно-эпидемиологического регистра)  
 Рациональная фармакотерапия в кардиологии\*  
 Регионарное кровообращение и микроциркуляция  
 Репродуктивное здоровье детей и подростков\*  
 Российская оториноларингология\*  
 Российская педиатрическая офтальмология  
 Российская ринология  
 Российские медицинские вести  
 Российские нанотехнологии\*  
 Российский аллергологический журнал\*  
 Российский биотерапевтический журнал  
 Российский вестник акушера-гинеколога\*  
 Российский вестник дентальной имплантологии\*  
 Российский вестник перинатологии и педиатрии\*  
 Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии\*  
 Российский журнал кожных и венерических болезней\*  
 Российский иммунологический журнал\*  
 Российский кардиологический журнал  
 Российский медико-биологический вестник им. академика И.П. Павлова\*  
 Российский медицинский журнал  
 Российский онкологический журнал\*  
 Российский паразитологический журнал\*  
 Российский педиатрический журнал\*  
 Российский психиатрический журнал\*  
 Российский стоматологический журнал\*  
 Российский физиологический журнал им. И.М. Сеченова\*  
 Саратовский научно-медицинский журнал  
 Сахарный диабет\*  
 Сердечная недостаточность\*  
 Сердце\*  
 Сибирский вестник психиатрии и наркологии\*  
 Сибирский медицинский журнал (г. Иркутск)  
 Сибирский медицинский журнал (г. Томск)  
 Сибирский онкологический журнал\*  
 Сибирское медицинское обозрение  
 Скорая медицинская помощь  
 Современные проблемы дерматовенерологии, иммунологии и врачебной косметологии\*  
 Социология медицины\*  
 Стоматология\*  
 Стоматология детского возраста и профилактика\*  
 Стоматология для всех  
 Судебно-медицинская экспертиза\*  
 Теория и практика судебной экспертизы\*  
 Терапевтический архив\*  
 Технология живых систем\*  
 Тихоокеанский медицинский журнал  
 Токсикологический вестник\*  
 Травматология и ортопедия России\*  
 Традиционная медицина\*  
 Ультразвуковая и функциональная диагностика  
 Уральский медицинский журнал\*  
 Урология\*  
 Успехи геронтологии\*  
 Успехи современной биологии\*  
 Фармакека  
 Фармация\*  
 Физиотерапия, бальнеология и реабилитация  
 Флебология\*  
 Хирург  
 Хирургия позвоночника\*  
 Хирургия.  
 Журнал им. Н.И. Пирогова\*  
 Экология человека\*  
 Экономика здравоохранения\*  
 Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология\*  
 Экспериментальная и клиническая фармакология  
 Эндоскопическая хирургия\*  
 Эпидемиология и вакцинопрофилактика  
 Эпидемиология и инфекционные болезни\*  
 Эфферентная терапия  
 Якутский медицинский журнал  
 «Cathedra» — стоматологическое образование  
 Dental Forum

### Уважаемые господа!

В 2008 году издательство «Ньюдиамед» начало выпуск нового журнала

### ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА И КЛИНИЧЕСКАЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Журнал продолжает линию «Международного журнала медицинской практики», прекратившего издание в 2007 г. (<http://www.mediasphera.ru/journals/practik/>). Эта линия состоит в последовательном продвижении в медицинскую практику научных эпидемиологических подходов. Цель журнала — сделать решение всех вопросов медицинской практики и управление здравоохранением основанным на доброкачественных научных данных; сделать медицину, основанную на научных доказательствах, реальностью нашей жизни.

- В журнале:
- информирование читателей о наиболее важных исследованиях в медицине и общественном здоровье;
  - освещение ключевых вопросов методологии медицинских исследований в доступной для врачей форме;
  - самые высокие стандарты объективности и независимости информации;
  - уделение особого внимания:
    - вопросам общемедицинского значения;
    - информационному обеспечению врачей;
    - информационной поддержке решений;
    - средствам эффективного использования информации в обеспечении деятельности врачей и медицинских организаций.
  - освещение проблем, представляющих важность для врачей всех специальностей. Главным объединяющим фактором является внимание к качеству исследований, к научной обоснованности предлагаемых решений.

#### Подписаться на наш журнал вы можете:

1. Через агентство РОСПЕЧАТЬ, каталог «ГАЗЕТЫ И ЖУРНАЛЫ» Индекс журнала — 19413.
2. Через редакцию журнала, заполнив бланк-заказ и оплатив указанную сумму (журнал высылается по Вашему адресу в конверте).

Вопросы биологической, медицинской и фармацевтической химии\*  
 Вопросы вирусологии\*  
 Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии\*  
 Вопросы детской диетологии\*  
 Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры\*  
 Вопросы наркологии\*  
 Вопросы онкологии\*  
 Вопросы питания\*  
 Вопросы практической педиатрии\*  
 Вопросы современной педиатрии\*  
 Врач\*

Медицинская помощь  
 Медицинский академический журнал  
 Медицинское право  
 Международный журнал интервенционной кардиоангиологии\*  
 Международный журнал по иммунореабилитации  
 Микология и фитопатология  
 Молекулярная биология  
 Молекулярная медицина\*  
 Морфологические ведомости\*  
 Морфология\*  
 Наркология\*  
 Научно-практическая ревматология  
 Неврологический вестник (журнал им. В.М. Бехтерева)\*  
 Неврологический журнал\*  
 Нейрохимия  
 Нейрохирургия\*  
 Нефрология  
 Нефрология и диализ\*  
 Новая аптека\*

<sup>1</sup> В Перечне звездочками (\*) отмечены отечественные журналы и издания, рекомендованные для опубликования основных результатов диссертаций на соискание ученой степени доктора наук. Публикации результатов научных исследований соискателей ученой степени кандидата наук могут размещаться в любом, соответствующем отрасли наук, журнале и издании указанного Перечня

ПИСЬМА

Уважаемый Павел Андреевич!

Разрешите представиться: меня зовут Бахыт Туменова, я — детский врач-инфекционист, отличник здравоохранения СССР, организатор здравоохранения. В советское время я работала заместителем заведующего облздора, постсоветское время — вице-губернатором области, в настоящее время являюсь президентом ОФ «Аман-саулык», занимающегося социальными проблемами в области здравоохранения и социальной защиты в Казахстане.

В начале апреля 2008 г. двое сотрудников нашего фонда — Тамара Аукунова и Рахима Дуйсенова — прошли обучение в Медицинской академии им. Сеченова на Вашей кафедре. Они отмечают высокий профессиональный и организационный уровень курсов. Мы все очень довольны тем, что наши сотрудники прошли такое хорошее обучение, которое не только обогатило их новыми знаниями, но позволило познакомиться с замечательными людьми, настоящими профессионалами, талантливыми новаторами, работающими над самыми острыми проблемами здравоохранения, которые актуальны не только для России, но и для Казахстана, и которые готовы щедро делиться своими глубокими и обширными знаниями с коллегами. Глубоко убеждена, что только неравнодушные люди могут что-то изменить в этом мире. Приобретенные на Вашей кафедре знания мы уже стали использовать на практике. Хочу поблагодарить Вас за обучение наших сотрудников и выразить надежду на дальнейшее сотрудничество.

Несколько слов о нашем Фонде. ОФ «Аман-саулык» был организован в мае 2007 г. и занимается самыми злободневными проблемами в области здравоохранения. Мы поднимаем такие вопросы, как низкое качество медицинских услуг, социальные стандарты, права пациентов и медицинских работников. Летом 2007 г. мы провели Общественные слушания по социальным стандартам «Роль социальных стандартов в оценке уровня жизни», широко освещавшиеся в республиканских СМИ. В сентябре мы провели социологический опрос по миграции в Алматы, с докладом по которому я выступила на заседании ОБСЕ в Варшаве. В конце декабря 2007 г. ОФ «Аман-саулык» запустил «Горячую линию» по приему жалоб и обращений граждан по вопросам качества и доступности гарантированных медицинских услуг в лечебных учреждениях г. Алматы. Цель «Горячей линии» состоит в повышении качества и доступности гарантированных медицинских услуг путем выявления «болевых точек» отечественного здравоохранения и обеспечения «обратной связи» между системой здравоохранения и населением. За три месяца работы на «Горячую линию» поступило 558 обращений граждан, в то время как общее количество обращений за весь 2007 г. в Министерство здравоохранения составило 1387. Проект «Горячая линия» получил широкий резонанс в обществе и поддержку со стороны Министерства здравоохранения, городских властей и медицинского сообщества. На последней Ярмарке социальных идей проект «Горячая линия» был признан в качестве стратегически важной проектной инициативы и отмечен Дипломом Фонда Первого Президента Республики Казахстан, Министерства культуры и информации и Международного института современной политики.

17 апреля 2008 г. ОФ «Аман-саулык» провел Общественные слушания по результатам работы «Горячей линии» за три месяца (январь—март 2008 г.), на которых был проведен промежуточный анализ причин неудовлетворительного качества и недоступности медицинских услуг и обсуждены пути их решения. В работе Слушаний приняли участие горожане, три бывших министра здравоохранения, академики, четыре депутата Мажилиса парламента (аналог российской Государственной Думы), представители Министерства здравоохранения, областных и городских Департаментов здравоохранения, медучреждений, международных организаций, НПО, ученые и эксперты-аналитики, журналисты. На этих Слушаниях я выступила с докладом о состоянии системы здравоохранения Казахстана и путях выхода из кризиса. Большим подспорьем при написании доклада стали материалы, полученные нашими сотрудниками во время обучения в Вашей академии.

В настоящее время наиболее актуальной проблемой, стоящей перед системой здравоохранения Казахстана, является проблема стандартов. Мы собираемся провести Круглый стол, а затем Общественные слушания по этой большой проблеме. В этой работе нам очень хотелось бы опереться на Вас, уважаемый Павел Андреевич. Ваш громадный опыт, знания и практические наработки в вопросах стандартизации и качества могли бы очень помочь нам в этом трудном, но столь необходимом деле. Мы могли бы наладить сотрудничество, в рамках которого Вы и Ваши сотрудники могли бы выступить в качестве экспертов. Думаю, что и Вам, как специалисту, было бы интересно принять участие в работе по созданию медицинских стандартов в Республике Казахстан. Уверена, что наша совместная работа по этому проекту могла бы стать примером взаимовыгодного сотрудничества и принесла бы большую пользу не только нашим организациям, но и общему делу, которому мы с Вами имеем честь служить.

С уважением, Бахыт Туменова,  
Президент ОФ «Аман-саулык», Республика Казахстан

Вестник МГНОТ (бесплатное приложение для врачей к журналу «Клиническая геронтология»). Тираж 7000 экз.

Свидетельство о регистрации ПИ № Ф77-19100 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, В.В. Власов, О.В. Борисенко

Редакционный совет: Воробьев А.И. (председатель редакционного совета), Ардашев В.Н., Беленков Ю.Н., Белоусов Ю.Б., Богомолов Б.П., Бокарев И.Н., Буцков В.И., Васильева Е.Ю., Галкин В.А., Глезер М.Г., Гогин Е.Е., Голиков А.П., Губкина Д.И., Гусева Н.Г., Дворецкий Л.И., Емельяненко В.М., Зайратьянц О.В., Заславская Р.М., Иванов Г.Г., Иващенко В.Т., Какурский Л.В., Калинин А.В., Калыев А.В., Ключев В.М., Комаров Ф.И., Лазебник Л.Б., Лысенко Л.В., Маколкин В.И., Мартынов И.В., Михайлов А.А., Моисеев В.С., Мухин Н.А., Насонов Е.Л., Насонова В.А., Ноников В.Е., Палеев Н.Р., Пальцев А.А., Парфенов В.А., Погожева А.В., Покровский А.В., Покровский В.И., Потехин Н.П., Раков А.Л., Савенков М.П., Савченко В.Г., Сандриков В.А., Симоненко В.Б., Синопальников А.И., Смоленский В.С., Сыркин А.Л., Тюрин В.П., Хазанов А.И., Цурко В.В., Чазов Е.И., Чучалин А.Г., Шлектор А.В., Юцук Н.Д., Яковлев В.Б.

Газета распространяется среди членов Московского городского научного общества терапевтов бесплатно

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

Телефон 8-499-782-31-09, e-mail: mtpndm@dol.ru www.zdrav.net

Отдел рекламы: директор по маркетингу Г.С. Рихард (495) 729-97-38

При перепечатке материала ссылка на Вестник МГНОТ обязательна.

За рекламную информацию редакция ответственности не несет.

Рекламная информация обозначена

ПРОГРАММА ЗАСЕДАНИЙ СЕКЦИЙ МГНОТ в 2008 году

Совместные заседания Кардиологической и Ангиологической секций в 2008 году

Дата	Тема
28 февраля	Мешают ли стандарты нестандартному мышлению врача?
20 марта	ИБС: таблетки или «скальпель»?
24 апреля	Полинейропатия: многообразие причин
22 мая	Артериальная гипертензия. Российские рекомендации. Что нового?
18 сентября	Как избежать инсульта
16 октября	Клинический разбор
6 ноября	Острый коронарный синдром. Не упустить время!
20 ноября	Аневризмы различных локализаций. Ранний скрининг или внезапная смерть?
18 декабря	Сахарный диабет — междисциплинарная проблема.

Совместные заседания Пульмонологической секции и секции «Человек и инфекция» в 2008 году

Дата	Тема
19 февраля	Современные схемы антибактериальной терапии. Трудности и ошибки.
4 марта	«Желудочно-легочная болезнь»
8 апреля	Туберкулез
30 сентября	Герпетические инфекции
28 октября	Бронхиальная астма. Рано успокаиваться
2 декабря	Инфекции верхних и нижних отделов дыхательного тракта. Антибиотики: pro и contra

Заседания проводятся по адресу:

Москва, Ленинский проспект, дом 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»

Начало заседаний в 17 часов.

Вход по приглашениям.

Приглашения публикуются в «Вестнике МГНОТ»

Медицинские книги издательства «НЬЮДИАМЕД»

- ПРОТОКОЛ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ. БОЛЕЗНЬ ПАРКИНСОНА** 2006 г., 184 стр., м.о.
- Под ред. Новодуровой В.Ф., Воробьева П.А. ТОЛКОВЫЙ АНГЛО-РУССКИЙ СЛОВАРЬ терминов, используемых в гематологии и иммунологии** 2006 г., 154 с., м.о.
- П.А. Воробьев. ЛИХОРАДКА БЕЗ ДИАГНОЗА** 2008 г., 80 стр., м.о.
- Под ред. Воробьева П.А. СПРАВОЧНИК ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ФОРМУЛЯРНОГО КОМИТЕТА** 3 издание 2007 г., 668 с., тв. п.
- Под ред. Воробьева П.А. СПРАВОЧНИК ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ФОРМУЛЯРНОГО КОМИТЕТА** 3 издание 2007 г., CD
- Андреев Ю.Н. МНОГОЛЕТНЯЯ ГЕМОФИЛИЯ** 2006 г., 232 с., тв. п.
- Под ред. Воробьева А.И. ОЧЕРКИ ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ ТРАНСФУЗИОЛОГИИ** 2006 г., 632 с., тв. п.
- Горюхов С.Г. СУТОЧНОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ. ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ** 2006 г., 51 с., м.о.
- Тогин Е.Е., Тогин Г.Е. ГИПЕРТЕНЗИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ И АССОЦИИРОВАННЫЕ БОЛЕЗНИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ: основы диагностики, диагностики и выбор лечения** 2006 г., 254 с., тв.п.
- Под ред. Воробьева П.А. ГЕРАТРИЯ В ЛЕКЦИЯХ** том 1, 2002 г., 440 с., тв.п. том 2, 2005 г., 470 с., тв. п.
- ПРОТОКОЛ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ «ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ»** 2005 г., 76 с., м.о.
- Под ред. А.И. Воробьева РУКОВОДСТВО ПО ГЕМАТОЛОГИИ** 4-е изд., 1-3 тт (с приложениями) 2007 г., 1275 с., с ил., тв. п.
- Под ред. П.А. Воробьева КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ (ОЦЕНКА, ВЫБОР МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ И УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ)** 2008 г., 792 стр., тв.п.
- СТАНДАРТИЗАЦИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ** Архив журнала «Проблемы стандартизации в здравоохранении» 1999-2005 гг. 2007 г., 430 с., тв. п.
- Под ред. П.А. Воробьева СБОРНИК ПРАВОВЫХ И НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ ТРАНСФУЗИОЛОГИИ** 2004 г., 540 с., тв. п.
- В.В. Цурко ОСТЕОАРТРОЗ: ПРОБЛЕМА ГЕРАТРИИ** 2004 г., 136 с., тв. п.
- СТАНДАРТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ** 2004-2006 г. CD.
- НОМЕНКЛАТУРА РАБОТ И УСЛУГ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ** 2004 г. CD.
- ПРОТОКОЛ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ. ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИХ И ДРУГИХ ИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ** 2004 г., 64 с., м.о.
- П.А. Бубнова-Рыбникова ГЛАВЫ ИЗ СЕМЕЙНОГО РОМАНА** 2003 г., 228 с., тв. п.
- СБОРНИК ДОКУМЕНТОВ СИСТЕМЫ СТАНДАРТИЗАЦИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ** 2003 г. CD.
- П.А. Воробьев АНЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ** 2001 г., 168 с., тв. п.
- Под ред. П.А. Воробьева ЛАБОРАТОРНАЯ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА. СПУТНИК ИНТЕРНЕТА** 2001 г., 288 с., тв. п., м.о.
- Б.В. Петровский ГЕРОНИЗМ, ДРАМАТИЗМ И ОПТИМИЗМ МЕДИЦИНЫ** 2001 г., 200 с., тв. п.
- Под ред. А.И. Воробьева, А.М.Кременецкой АТЛАС. ОПУХОЛИ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ** 2007 г., 294 с., с ил., тв. п.
- Под ред. Л.М. Горюховского ИЗВАННЫЕ ГЛАВЫ. ГЕРАТРИЧЕСКОЕ УРОЛОГИИ** 2000 г., 362 с., тв. п.
- Б.П. Богомолов ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ: НЕОТЛОЖНАЯ ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА** 2007 г., 653 с., тв. п.
- А.И. Воробьев, П.А. Воробьев ДО И ПОСЛЕ ЧЕРНОБЫЛЯ. ВЗГЛЯД ВРАЧА** 1996 г., 180 с., м.о.