



РЕШЕНИЕ

6-й школы-семинара Форумного комитета
Российской академии медицинских наук

«Справедливость и доступность медицинской помощи»

29 июня—3 июля 2008 года

Херсониссос, о. Крит, Греция

В работе 6-й школы-семинара Форумного комитета РАМН, кроме членов самого Форумного комитета (24 человека), приняли участие 80 человек, представляющие 18 субъектов РФ: Владивосток, Воронеж, Екатеринбург, Казань, Киров, Москва, Московская область, Новосибирск, Омск, Петрозаводск, Ростов-на-Дону, Санкт-Петербург, Самара, Смоленск, Ставрополь, Челябинск, Хабаровск, Ярославль. Среди участников — представители федеральных министерств и ведомств, руководящие работники органов управления здравоохранением, руководители больниц, ВУЗов и директора НИИ, академики РАН и РАМН, члены корреспонденты РАМН, научные работники, главные специалисты, представители производителей и дистрибьюторов лекарственных средств, главные редакторы, члены редакционных коллегий профессиональных изданий и корреспонденты средств массовой информации. Впервые в работе Форумного комитета приняли участие коллеги из Казахстана.

Заслушав и обсудив доклады Председателя Форумного комитета РАМН академика РАН и РАМН А.И. Воробьева, заместителя руководителя Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития Е.А. Тельновой, заместителя председателя Форумного комитета РАМН профессора П.А. Воробьева, профессоров В.В. Власова, С.Ш. Сулейманова, В.А. Батурина, А.Л. Хохлова и др., Форумный комитет констатирует:

В стране сохраняется структурно-организационная система советского здравоохранения, но работать ей приходится в абсолютно иных экономических, политических и социальных условиях. Создание в стране в 1990-е годы смешанной системы финансирования (бюджетно-страховая модель), в которой часть финансирования осуществляется через обязательное медицинское страхование, а часть из бюджетов, при растущем объеме финансирования из кармана пациента не оправдало себя. Вместо реформы системы здравоохранения все последние годы проводятся временные проекты, основанные на вертикальных вмешательствах, приводящих к дополнительному ослаблению системы. Проекты, без широкого общественного обсуждения, внезапно начинаются, несут нередко в себе достаточно радикальные изменения и так же внезапно заканчиваются. Большая часть проектов лишена программы, касается ресурсной базы здравоохранения, не содержат целей и задач, связанных с потребителями (ожидаемые результаты и последствия), по ним нет доступных отчетов (кроме цифр, характеризующих физические затраты).

Вместо обеспечения равного права на доступ к медицинской помощи гражданам страны — в первую очередь первичной (принцип справедливости), — Прави-

тельство страны наращивает объемы оплаты «высокотехнологической» медицинской помощи, которая в действительности является устаревшей, но дорогостоящей, и развивается именно по этой причине. Узконаправленные бессистемные вмешательства в основном неэффективны (введение доплат врачам и медсестрам первичного звена не решило его кадровых проблем, но увеличило напряженность) или приводят к мизерным результатам при высоких затратах (дополнительное лекарственное обеспечение — дорогостоящая программа, которая в реальности обеспечила доступ к лекарствам менее 4% населения страны).

Форумный комитет озабочен озвучиванием новой «программы» лекарственного страхования и счита-



Когда в президиуме согласия нет

ет, что расходы по лечению должны включать не только расходы на консультацию врача в поликлинике и часть стоимости госпитализации, но и лекарственное и иное показанное лечение, а также немедицинские (гостиничные) услуги в больнице и в поликлинике. Создание отдельных схем страхования (лекарственное страхование) приведет к нерациональным расходам и дальнейшему разрушению отечественной системы здравоохранения.

Форумный комитет РАМН начал работу по созданию Доклада о лекарственном обеспечении населения страны, планируя завершение работ в ноябре 2008 г. Уже в настоящее время очевидно, что за последний год положение с лекарственным обеспечением граждан в России ухудшилось, несмотря на существенное увеличение финансирования этого направления из средств федерального бюджета и ФОМС. Объемы закупок лекарственных средств в натуральных величинах снизились, тогда как стоимость потребляемых населением лекарств бесконтрольно растет, существенно опережая инфляцию. Рост стоимости связан и с вымыванием дешевого ассортимента, и с мнимыми улучшениями выпускаемых на рынок лекарств, и с произвольным нерегулируемым ценообразованием.

Реализация программ дополнительного лекарственного обеспечения амбулаторного лечения за счет федеральных средств привела к существенному снижению объемов закупок лекарственных средств за счет региональных бюджетов, как для амбулаторного, так и для стационарного этапа. Фактически, значительная часть лекарственного обеспечения населения страны оказалось переложеной на средства федерального бюджета, тогда как в соответствии с действующим законодательством ответственность по лекарственному обеспечению, в том числе — льготному, возложена на

органы исполнительной власти субъектов РФ. Субъекты Федерации не имеют возможности в полном объеме исполнять делегированные им полномочия за счет выделенных федеральным бюджетом для этих целей финансовых ресурсов, а собственные средства в бюджетах регионов недостаточны.

Для оптимальной организации лекарственного обеспечения граждан страны необходимо четкое разделение ответственности всех уровней исполнительной власти в части финансирования затрат на лекарственные средства и изделия медицинского назначения. Необходимо привлечь внимание к вопросу ответственности региональных властей по финансированию региональных программ лекарственного обеспечения.

Закупки за счет федерального бюджета 17 дорогостоящих наименований лекарственных средств для больных с редкими заболеваниями позволило, в основном, сохранить доступность этих лекарственных средств, а в ряде регионов — повысить возможность получения дорогостоящего лечения. Вместе с тем, органами исполнительной власти большей части регионов России не выделяются средства для закупки этих препаратов для обеспечения лечения пациентов в стационаре, для лекарственного обеспечения вновь выявленных пациентов, на которых не выделено финансирование в федеральной программе. Бездействие властей в субъектах Российской Федерации приводит к срывам в реализации проекта по лекарственному обеспечению больных с редкими заболеваниями, ведет к росту неудовлетворенности граждан медицинской помощью в целом.

Не решены вопросы диагностического сопровождения лечения больных с редкими заболеваниями, так как в большинстве регионов страны не выполняются необходимые лабораторные и инструментальные исследования. Низка приверженность больных к лечению, недостаточно знаний и у врачей, особенно — первичного звена, являющихся важнейшим звеном в реализации этого проекта. Многие из обсуждавшихся проблем уже привели к грубым провалам в реализации «дополнительного лекарственного обеспечения» в 2005—2006 гг., фактическому срыву реализации проекта в 2007 г.

Вызывает озабоченность, что реализация подобных дорогостоящих проектов ведется без четкой структурированной программы, не определяются цели, задачи, возможные риски, методы решения возникающих отклонений, нет понятных системных и прозрачных схем реализации, нет индикаторов эффективности, механизмов общественной экспертизы как на стадии формирования проекта, так и на стадии мониторинга. Подобные бессистемные проекты стали правилом в реализации органами исполнительной власти страны своих задач в области здравоохранения, что приводит к большим трудностям, а иногда делает невозможным реализацию этих проектов.

Форумный комитет РАМН констатирует, что действующее законодательство, регламентирующее порядок размещения государственных и муниципальных заказов на поставку товаров, выполнение работ и оказание услуг, не позволяет своевременно, в необходимом объеме и с минимальными затратами осуществлять закупки необходимых лекарственных средств и изделий медицинского назначения. Необходимо признать катастрофическую ситуацию, возникшую в связи с исполнением федерального закона 94 «О размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд» в области закупок лекарственных препаратов. Приобретение в результате аукциона лекарственного препарата по минимальной цене, без учета его качества, доказанной клинической эффективности и безопасности является неприемлемым как с точки зрения врачей, так и с позиции пациентов. В результате применения закона «выигрывают» наиболее дешевые лекарства, терапевтическая эквивалентность которых оригинальным препаратам не исследовалась. При закупке лекарственных препаратов в соответствии с ФЗ-94 не учитываются приверженность пациентов приему определенных препаратов, необходимость длительного подбора (титрования) дозы с использованием дорогостоящих методов исследования. Закупки лекарственных средств в соответствии с этим законом не привели к экономии средств, что декларировалось как важный мотивирующий фактор реализации ФЗ-94. Форумный комитет РАМН считает необходимым срочное изменение законодательства по проведению закупок для лекарственных средств и изделий медицинского назна-



Начало на стр. 1 ↗

чения с учетом не только ценовых аспектов, но и результатов клинко-экономического (фармакоэкономического) анализа альтернативных предложений (затраты/эффективность, затраты/выгода). Форумный комитет РАМН выражает готовность провести экспертизу проектов изменений соответствующих законодательных актов, касающихся вопросов организации размещения государственных (муниципальных) заказов на поставку лекарственных средств и антимонопольно законодательства.

Форумный комитет считает, что «рыночные отношения» в здравоохранении, являющимся важнейшим социальным обязательством государства, не должны рассматриваться как способ реализации государственных функций. Международное сообщество признало провал рыночных отношений в социальной сфере. Базируясь на этих позициях, Форумный комитет РАМН определил 7 основных стратегических положений системы лекарственного обеспечения населения страны:

1. Система лекарственного обеспечения должна быть справедливой — всем больным должны быть доступны лекарства, в которых они нуждаются.

2. Потребность в лекарственных препаратах для каждого больного определяется стандартами медицинской помощи и протоколами ведения больных.

3. Лекарственные препараты с доказанной эффективностью и жизненной необходимостью из стандартов сводятся в Перечень жизненно необходимых лекарственных средств.

4. На все лекарственные препараты из Перечня жизненно необходимых лекарственных средств государством устанавливаются референтные цены, включающей все издержки, связанные с доставкой лекарства до конечного потребителя; референтная цена единая для всей территории страны.

5. Референтная цена гарантированно компенсируется государством по каждому непатентованному наименованию лекарства (или терапевтическому аналогу, что особенно важно — для биологических препаратов, «целенаправленных» препаратов таргетной терапии), пациент оплачивает разницу между аптечной стоимостью препарата (если имеется отличная от референтной цена на торговое наименование лекарства) и его референтной ценой. Возмещение затрат на лекарства производится строго для лекарственных средств, которые включены в Перечень жизненно необходимых лекарственных средств.

6. Препараты из Перечня жизненно необходимых лекарственных средств доступны для всех жителей страны и затраты на них компенсируются — амбулаторно при наличии записи в карте амбулаторного больного и выписанного пациенту рецепта, стационарно — при наличии записи в медицинской карте стационарного больного за счет средств системы обязательного медицинского страхования.

7. Для редких болезней (до 10 тысяч однородных пациентов в стране) действует государственная программа, включающая финансирование и особую логистику доставки препаратов до пациентов, вопросы диагностики и мониторинга терапии. Централизованная закупка лекарств на федеральном уровне — единственно возможный способ лекарственного обеспечения для редких болезней из-за крайней неравномерности распределения этих пациентов и — часто — чрезвычайно высокой стоимости терапии. Для реализации задачи лекарственного обеспечения при редких заболеваниях необходимо создание профессиональных регистров пациентов, содержащих как персонализирующие данные, так и клиническую информацию, позволяющих мониторить ситуацию, обеспечивать прозрачность и открытость системы, проводить научный экономический и клинический анализ, прогнозировать развитие.

Форумный комитет РАМН признает удовлетворительную работу Профессиональной Службы по редким заболеваниям нозологиям, созданной по решению Форумного комитета в 2007 г. Профессиональная Служба объединила специалистов по проблеме редких болезней, пациентов, производителей, общее число членов Рабочих Групп Профессиональной Службы составляет более 220 человек. Эксперты Службы приняли участие в разработке стандартов медицинской помощи для этих заболеваний, проведении защиты заявок от регионов по потребности в лекарственных средствах в ноябре месяце 2007 г., работают над соответствующими Протоколами ведения больных. Совместно с организациями пациентов Служба подготовила две Справки (февраль и май 2008 г.) «Положение с лекарственным обеспечением больных с 7 редкими дорогостоящими заболеваниями», которые были распространены широкому кругу лиц и доложены на совещаниях в Росздравнадзоре.

Создана Интернет-страница Службы, которая включает актуальную информацию об ее деятельности. Удалось объединить усилия организаций пациентов, которыми, в частности проводится мониторинг ситуации с лекарственным обеспечением в субъектах РФ. Подготовлено и согласовано «Положение о мониторинге», которое позволит унифицировать работу по сбору информации обществами пациентов.

С декабря 2007 г. Профессиональной службой проводится исследование качества жизни 7000 больных наследственными коагулопатиями и эпидемиологии наследственных коагулопатий. Результаты были доложены на заседании школы-семинара, повторное исследование качества жизни больных планируется в начале 2009 г. Это позволит оценить эффективность программы лекарственного обеспечения в динамике. Профессиональная Служба совместно с организациями пациентов планирует провести в 2008 г. изучение качества жизни больных рассеянным склерозом, болезнью Гоше, а также перенесших трансплантацию почек.

Форумный комитет отмечает аффилированность некоторых организаций пациентов и фармацевтических компаний, присутствие в руководстве организаций большого числа врачей, не являющихся ни больными, ни их родственниками. Взаимодействие коммерческих структур и общественных объединений, врачей-специалистов является сложной этической проблемой и в случае неурегулированности отношений может существенно дискредитировать деятельность организаций пациентов.

Профессиональной службе по редким заболеваниям предлагается продолжить работу, особо обратив внимание на следующие направления:

- наладить официальное взаимодействие с органами исполнительной власти РФ всех уровней, включая создание региональных отделений Профессиональной службы, заключить соглашение о совместной деятельности с Росздравнадзором (от лица Форумного комитета);

- активно разрабатывать проекты нормативно-правовых и методических документов, включая разработку проекта Государственной про-

граммы по медицинской и социальной помощи больным с редкими заболеваниями;

- пересмотреть и актуализировать имеющиеся стандарты медицинской помощи при редких заболеваниях, разработать и передать на утверждение стандарты медицинской помощи и Протоколы ведения больных по другим редким заболеваниям;

- взаимодействовать по вопросам доступности лекарственных и нелекарственных методов диагностики, лечения, реабилитации с органами власти и пациентскими организациями, профессиональными ассоциациями, заключив соответствующие соглашения;

- провести мероприятия по созданию пациентскими организациями общей структуры, дальнейшему изучению особенностей их юридического статуса, организационных аспектов деятельности, рассмотреть возможности получения ими грантов или пособий от правительственных структур;

- для этического регулирования деятельности организаций пациентов способствовать созданию «Этического кодекса организаций пациентов», особо рассматривая вопросы конфликта интересов;

- наладить контакты с зарубежными организациями, занимающимися проблемами редких болезней;

- освещать вопросы своей деятельности в средствах массовой информации;
- создать в Интернете «Справочное бюро», которое будет отвечать на вопросы по проблемам редких болезней;

- продолжить работы по разработке национального стандарта по оценке медицинских технологий, включив в него требования к созданию регистров пациентов.

Форумный комитет постоянно актуализирует Перечень жизненно необходимых лекарственных средств, другие Перечни и формуляры. При обсуждении семейства Перечней стала очевидной необходимость изменения статуса некоторых лекарств на «абсолютно необходимые лекарственные средства» — т. е. препаратов,

радикально и однозначно меняющих судьбу больного; препаратов необходимых, но не имеющих столь драматических эффектов; препаратов, имеющих значение для национальной безопасности страны. Препараты последней группы должны закупаться централизованно для создания стратегического запаса этих лекарств, чтобы устранить перебои с их поставками, как это случилось весной 2008 г. Эти препараты должны стать основой для приоритетного развития отечественной фармацевтической индустрии и государственных инвестиций.

Вместе с тем, фармацевтический бизнес своей высочайшей доходностью, потенциально неограниченным государственным финансированием делает эту отрасль чрезвычайно привлекательной, переводя вопросы лекарственного обеспечения из сугубо профессиональной плоскости в экономическую и политическую. Не случайно появление в фармацевтической отрасли нашей страны ближайшего родственника Президента Франции, не случайно эта тема постоянно в последнее время обсуждается Президентом и Председателем Правительства нашей страны. Следует отдавать себе отчет в сопротивлении крупных международных фармацевтических компаний развитию отрасли в России, продаже в Россию устаревших технологий и производственных мощностей, скупке отечественных фармацевтических заводов, рейдерских операциях в отношении отечественных производителей, организации компании дискредитации новых оригинальных и дженерических российских препаратов с доказанной эффективностью. В дискредитации препаратов участвуют и врачи, и крупные научные деятели, ангажированные зарубежными компаниями. Необходима четкая государственная политика, позволяющая устранить эти негативные тенденции, обеспечивающая прозрачность и однозначность в оценке медицинских технологий, в частности — лекарственных средств. На другой стороне проблемы — потребности и ожидания больного человека, реальное воздействие на демографические показатели страны.

Форумный комитет РАМН неоднократно обращал внимание на практически полное отсутствие лекарственных форм и дозировок для использования у детей. Следует обратиться в Минпромторг, в ассоциацию фармацевтических производителей с требованием немедленного изменения ситуации и определения возможностей выпуска детских дозировок и форм лекарственных препаратов.

Приоритетным для развития отечественной фармацевтической науки и промышленности следует назвать генно-инженерное направление, так как с одной стороны имеются научные кадры, способные осуществить разработку этих лекарств, с другой — не требуется «большой химии» для производства этой группы препаратов.

Необходимо изменить структуру Перечня жизненно необходимых лекарственных средств Форумного комитета РАМН, выделив в перечне группы терапевтических аналогов (например, ингибиторы АПФ, блокаторы кальциевых каналов, бета-лактамы антибиотики, гепарины и др.), добавив в него в качестве приложений таблицы с краткими сравнительными данными по терапевтическим аналогам, таблицы с основными комплексными препаратами.

Критическая ситуация с обеспечением расходными материалами и некоторыми изделиями медицинского назначения, которые являются необходимыми для



Пациенты и врачи

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ: РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ, ПСОРИАТИЧЕСКИЙ АРТРИТ, АНКИЛОЗИРУЮЩИЙ СПОНДИЛИТ

Nota Bene!
Оцените результаты лечения Хумирой

ХУМИРА®
адалимумаб
Власть над болезнью

Пролечено более 150 000 пациентов во всем мире

Abbott
A Passion for Life

Продолжение на стр. 3 ↗

Начало на стр. 1, 2

ключевых диагностических исследований и лечебных мероприятий диктуют необходимость создания «Перечня жизненно необходимых медицинских технологий», куда наряду с лекарствами войдут нелекарственные медицинские технологии, необходимые расходные материалы и средства медицинского назначения. Следует разработать Временное положение о Перечне жизненно необходимых медицинских технологий.

Не может не тревожить ситуация с применением антибактериальных препаратов в стране. Отсутствие контроля за рецептурным отпуском этих препаратов приводит к бесконтрольному самолечению, нарастает панрезистентность к антибиотикам, требуется применение все более дорогих схем терапии инфекций. Формулярный комитет РАМН считает важнейшей задачей национальной безопасности страны ужесточение контроля за отпуском рецептурных лекарственных средств, в первую очередь — антибиотиков. Возможно, следует перевести эти препараты в группу опасных препаратов и отпускать их только по рецептам.

Формулярный комитет подчеркивает важнейшее значение стандартизации медицинской помощи для реализации принципов справедливости и общедоступности медицинской помощи. Вопросы стандартизации давно вышли из сугубо профессиональных проблем в проблемно-политические. За последние годы создано и утверждено около 500 стандартов медицинской помощи, ГОСТов, что позволило значительно ускорить внедрение современных медицинских технологий в практическое здравоохранение как в федеральных клиниках, так и в муниципальных, скоромощных медицинских организациях, на уровне субъектов Федерации. Разработка и внедрение стандартов связаны с большим числом проблем, в частности, велика коррупционная составляющая в этой работе, «содружество» специалистов и фармацевтических компаний, не проработано раскрытие возможных конфликтов интересов. С другой стороны, внедрение стандартов требует оправданного, но существенного увеличения расходов на здравоохранение, что не предусмотрено соответствующими бюджетами, изменения системы оплаты за медицинскую помощь (одноканальное финансирование), разработки системы мотивации медицинского персонала. Обращено внимание, что за последний год работы по утверждению наработанных стандартов медицинской помощи Минздравсоцразвитием приостановлены. Такое положение вещей сделало невозможным полноценную реализацию пилотного проекта в 19 субъектах Российской Федерации, начатого в 2007 г. по переходу на одноканальное финансирование, так как это проект базировался на отработке принципов стандартизации. Созданное положение вещей не может не беспокоить.

Следует признать, что существующая в стране система регистрации лекарственных средств, биологически активных добавок к пище, средств медицинского назначения, медицинских технологий устарела, не выдерживает критики, часто проводится незаконным образом (либо с грубыми нарушениями действующего законодательства, либо — вопреки ему), и способствует дальнейшему нарастанию хаоса в здравоохранении страны. В России проводятся тысячи клинических исследований, как международных, так и локальных, например, в рамках диссертационных работ, большинство из которых не соответствуют по своему дизайну современным требованиям, не проходят этической экспертизы и не регистрируются. Закон о лекарственных средствах разрешает (ст. 37 п. 2) проводить клинические исследования лекарственных средств только компаниям, которые их производят, ставя, тем самым большинство локальных исследований с применением лекарств вне закона! Подобного ограничения нет нигде

в мире. Этот неразумный формальный запрет ограничивает возможности ученых проводить исследования в интересах улучшения лекарственной терапии.

Вместе с тем многие исследования на современном этапе не несут никакой практической пользы, так как применение их результатов на практике наталкивается на требования наличия доказательств (однородность групп, рандомизация), а последние не предусматривались авторами. Нет практики публикации отрицательных результатов. Все это делает необходимым пересмотр существующих схем регистрации всех составляющих медицинских технологий и научных исследований. Испытания не являются обычным производственным процессом. В него инвестированы здоровье и благосостояние больных-участников. Только от обнародования результатов, их независимой экспертизы зависит будущая медицинская практика с огромными затратами и возможным вредом для большого числа пациентов.



Росздравнадзор комментирует

В качестве одной из первых мер предлагается добровольная регистрация клинических испытаний (исследований), что позволит сделать это направление деятельности более востребованным, утилитарным и открытым. Каждое испытание должно быть на этапе планирования оценено и разрешено. Информация о каждом одобренном испытании, его текущем состоянии и полученных результатах должна быть в общем пользовании сразу после ее получения и неограниченно долго.

Национальный проект Здоровье подчеркнул огромный дефект медицинского образования: в стране отсутствует система подготовки врачей высокой квалификации для технологически сложных специальностей (анестезиология, онкология, кардиохирургия, нейрохирургия и т. п.). Сейчас в России максимальная продолжительность подготовки 2 года, тогда как в развитых странах врачей к самостоятельной работе готовят не менее 4 лет, а для технологически сложных специальностей — до 10 лет. Одной из причин срывов программ модернизации и развития здравоохранения, в частности — программы дополнительного лекарственного обеспечения, является крайне низкий уровень довузовского и послевузовского образования медицинских работников, его выхоленность, дезориентация в потребностях современного здравоохранения. Обучающие программы не учитывают реалии сегодняшнего дня, достижения научной и практической медицины. Фактическая монополизация издания учебной литературы в последние годы, отсутствие ее общественной экспертизы, формальное рецензирование, отсутствие конкурсного отбора привело к резкому снижению ее качества. Студентами и врачами мало используются образовательные и информационные Интернет-ресурсы, их число ничтожно мало на русском языке, а доступ к англоязычным сайтам ограничен низким уровнем знаний английского языка и, часто, высокой стоимостью. За последние 15 лет во многих непрофильных вузах созданы медицинские факультеты, появились государственные вузы, их деятельность никак не учитывается органами управления здравоохранения страны.

Ущербное положение клинических кафедр «на базах» медицинских организаций, их подчиненное положение администрации больниц, отсутствие мотивировки в улучшении лечебно-диагностического процесса со стороны сотрудников кафедр, с одной стороны, незаинтересованность администрации медицинских организаций в образовательных процессах делает невозможной адекватную подготовку и переподготовку специалистов.

В России нет единой системы сертификации специалистов как профессионального признания компе-

тении, отсутствует лицензирование медицинских работников (хотя оно оговорено в законодательстве), нет профессиональных требований к медицинским работникам той или иной специальности, не сформулированы и не учитываются потребности здравоохранения в специалистах, их знаниях и умениях. Предлагается проработка и обсуждение на специальном заседании проблем, связанных с образованием медицинских работников с точки зрения внедрения современных технологий профилактики, диагностики и лечения заболеваний.

Одной из важнейших национальных проблем охраны здоровья граждан и предупреждения большого числа смертей остается курение. Несмотря на некоторые достижения (ограничения в рекламе, на чем неоднократно публично настаивал Формулярный комитет) борьба продолжается. Так, в Государственной Думе России принимается закон о Техническом Регламенте по табачной продукции. Эта продукция приносит существенный вред вне зависимости от «легкости» табака, а потому не может предписываться законом, призванным стоять на страже безопасности. Гражданскому обществу необходимо публично отмежеваться от Регламента, даже в том случае, если он будет одобрен Думой.

Как реальная позитивная мера — необходимо срочно повысить акцизы на табак, который сегодня дешевле молока. Значительное подорожание табачных изделий — в разы — значительно сокращает потребление табака в первую очередь наиболее уязвимыми группами населения — детьми, малоимущими, пенсионерами и др.

Формулярный комитет РАМН неоднократно обращал внимание на ответственность средств массовой информации за предоставление медицинской информации. Продолжается незаконная и неконтролируемая реклама и продвижение биологически активных добавок, вновь появляются сведения о запрещенных средствах, таких, как, например, витурид (высокотоксичное, ртутьсодержащее вещество, позиционируемое как средство лечения рака с доказанной неэффективностью и опасностью). Особенно беспокоит, что подобная информация появляется в центральных средствах массовой информации, государственных СМИ, нередко — за подписью высокопоставленных чиновников или ученых.

На заседании Формулярного комитета рассмотрены предложения о включении в Перечень жизненно необходимых лекарственных средств Формулярного комитета РАМН следующих препаратов: Золедроновая кислота (Акласта), Адалимуаб (Хумира), Омализумаб (Ксолар), Амлодипин + Валсартан (Эксфорж), Бозентан (Траклир), Селвеламер (Ренагель), Эверолимус (Сертикан), Инсулин Глулизин (Апидра), Цинакалшет (Мимпара), Деферазирокс (Эксиджад), Дазатиниб (Спрайсел), Нилотиниб (Тасигна). По всем препаратам получены положительные заключения профильных комиссий. Принято решение обратиться в Минздравсоцразвития с предложением включить эти препараты в перечни, регулирующие лекарственное обеспечение населения России. Лекарственные средства Адалимуаб (Хумира), Бозентан (Траклир), Эверолимус (Сертикан), Дазатиниб (Спрайсел), Нилотиниб (Тасигна) включены в Перечень редко применяемых медицинских технологий.

Для оптимизации процедуры рассмотрения предложений по анализу медицинских технологий необходимо разработать соответствующий Интернет-портал, на котором будет представляться предложение о включении лекарственного средства или иной медицинской технологии, будет обеспечена возможность ее независимой формализованной экспертизы.

Уважаемые господа!

В 2008 году издательство «НьюДиамед» начало выпуск нового журнала

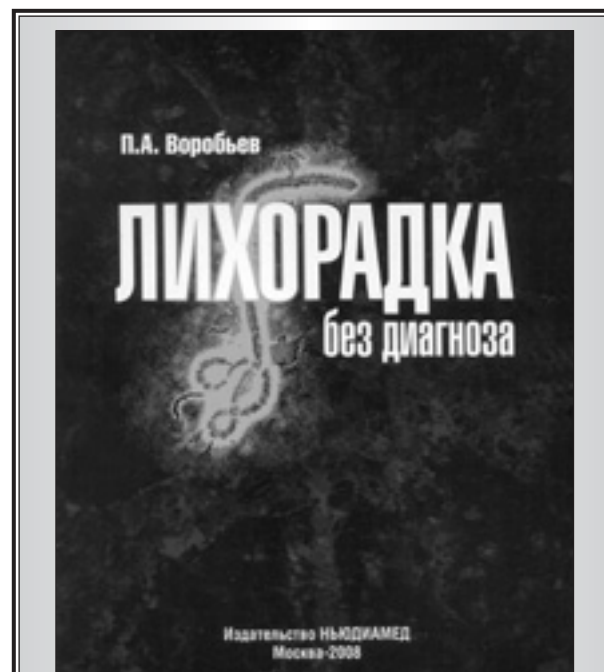
ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА И КЛИНИЧЕСКАЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

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 управления 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).



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.

ИнтерНьюс

За пять месяцев численность населения России сократилась на 120 тысяч человек

За первые пять месяцев текущего года численность населения России сократилась на 0,08 процента, или на 119,9 тысяч человек, сообщает Росстат. По данным Федеральной службы государственной статистики (Росстат), к 1 июня 2008 года в РФ проживало 141,9 миллиона человек. Главной причиной сокращения численности населения остается естественная убыль, однако по сравнению с аналогичным периодом прошлого года показатель сократился на 46 тысяч человек. Численные потери населения на 46 процентов компенсированы за счет возросшего притока мигрантов. За отчетный период увеличение числа родившихся отмечалось в 81 субъекте РФ, число умерших возросло в 52-х. В целом по стране число умерших превысило число родившихся в 1,3 раза (в прошлом году — в 1,4 раза), в десяти субъектах федерации — в 2—2,5 раза. Естественный прирост населения зафиксирован в 18 субъектах РФ (в январе—мае прошлого года — в 16 субъектах).

Источник: Прайм-ТАСС

Глобальное потепление и мочекаменная болезнь

Глобальное потепление может вызвать засуху на огромных пространствах земли, а также может привести к увеличению числа американцев, страдающих мочекаменной болезнью, заявили ученые. Причиной мочекаменной болезни, которая может протекать очень тяжело, часто является обезвоживание, когда организм не в состоянии вывести нежелательные минералы, накапливающиеся в почках. В исследовании Университета Техаса говорится, что к 2050 году в результате повышения температуры в самых засушливых районах США заболеваемость мочекаменной болезнью может увеличиться на 30%, то есть на 2,2 млн человек. Ежегодные затраты на лечение заболевших могут составить около \$1 млрд.

Источник: The Daily Telegraph, UK, 2008

Мойте руки перед... операцией

58-летний выходец из Индии Джаянт Пател предстал перед судом австралийского города Брисбена после экстрадиции из США. В Австралии Пателу инкриминируется 14 эпизодов причинения тяжкого вреда здоровью, включая три случая с летальным исходом. Журналисты связывают с деятельностью врача несколько десятков смертей пациентов. Джаянт Пател получил медицинское образование в США и в течение ряда лет работал в медицинских учреждениях Нью-Йорка и Орегона. В 2001 году он был лишен права на медицинскую деятельность в связи с многочисленными жалобами коллег и пациентов на его непрофессиональное поведение. В частности, Пател был обвинен в проведении нескольких необоснованных хирургических операций. В 2003 году дисквалифицированный врач перебрался в Австралию и получил должность в больнице города Бандеберг (Квинсленд), где вскоре стал главой хирургического отделения. За неряшливость и желание мыть руки перед операциями Пател получил среди персонала клиники прозвище «доктор кишечная палочка» (Dr. E. coli). Органы надзора обратили внимание на деятельность хирурга после появления разоблачительных публикаций в местной газете The Courier-Mail. По подсчетам журналистов, в период с 2003 по 2005 год умерли общей сложности 87 из приблизительно 1200 пациентов Патела. Однако по результатам расследования врачу были предъявлены обвинения в 14 эпизодах нанесения вреда здоровью в связи с непрофессионализмом, в том числе в трех эпизодах, закончившихся гибелью больных. В 2005 году, после начала расследования, Пател спешно вылетел в США. Процедура его экстрадиции растянулась на три года. 19 июля 2008 года, после нескольких месяцев судебных разбирательств в США, Пател был передан австралийским властям. В ходе первого судебного заседания бывший врач был освобожден под залог в размере 20 тысяч австралийских долларов. По словам судей, они приняли во внимание тот факт, что подсудимому может потребоваться несколько месяцев для ознакомления с десятками томов материалов дела.

Источник: medportal.ru

ОТЧЕТ

6-я школа-семинар Форумного комитета РАМН «Справедливость и доступность медицинской помощи» 29 июня—3 июля 2008 года Херсониссос, о. Крит, Греция

В работе 6-й школы-семинара Форумного комитета РАМН, кроме членов самого Форумного комитета (24 человека), приняли участие 80 человек, представляющие 18 субъектов РФ и Казахстан. Среди участников было 16 менеджеров здравоохранения, 23 сотрудников медицинских ВУЗов и медицинских факультетов университетов, 19 сотрудников научно-исследовательских институтов, 8 врачей, 26 представителей фармацевтических и дистрибьютерских компаний, 11 сотрудников общественных организаций, из них 4 — общественных организаций пациентов, 1 представитель СМИ.

Спонсорскую поддержку проведения школы-семинара оказали 19 компаний: Амджен, АО Шеринг, Астеллас Фарма Юроп Б.В., АстраЗенека ЮК Лимитед, Биотест Фарма, ГлаксоСмитКляйн, ГлаксоСмитКляйн Казахстан, Евросервис, ЗАМБОН ГРУП С.П.А, Къези Фармасьютикалс, Нижфарм, Новартис Фарма, Новонордик, Октафарма Нордик АБ, Сандоз, Санофи-Авентис, Лаборатории Сервье, Солвей Фарма, Эбботт Лэбораториз.

На школе-семинаре было рассмотрено три основных темы:

- «Доклад Форумного комитета РАМН о лекарственном обеспечении населения РФ»,
- «Профессиональная Служба по редким дорогостоящим нозологиям Форумного комитета РАМН»,
- «Национальный стандарт: «Оценка медицинских технологий».

Были заслушаны следующие доклады по теме «Доклад Форумного комитета РАМН о лекарственном обеспечении населения РФ»:

- «Доклад Форумного комитета о лекарственном обеспечении населения России» (П.А. Воробьев),
- «Состояние, проблемы и перспективы лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан в 2008 году и дальнейшие перспективы развития в период 2009—2010 гг.» (Е.А. Тельнова),
- «Принципы — прежде всего» (В.В. Власов),
- «Антибиотикорезистентность и перспективы антимикробной терапии в России как вопросы национальной безопасности» (Р.С. Козлов),
- «Анализ ситуации с лекарственным обеспечением населения Ставропольского края» (В.А. Батулин),
- «Анализ ситуации с лекарственным обеспечением населения Ярославской области» (А.Л. Хохлов),
- «Анализ ситуации с лекарственным обеспечением населения Хабаровского края» (С.Ш. Сулейманов),
- «Вопросы доступности биологических препаратов для больных с ревматологическими заболеваниями» (Д.Е. Каратеев).

Были заслушаны следующие доклады по теме «Профессиональная Служба по редким дорогостоящим нозологиям Форумного комитета РАМН»:

- «Деятельность Профессиональной службы по редким дорогостоящим нозологиям Форумного комитета в 2007—2008 гг.» (П.А. Воробьев),
- «Качество жизни больных наследственными коагулопатиями» (О.В. Борисенко),
- «Роль обществ пациентов в деятельности Профессиональной службы по редким дорогостоящим нозологиям Форумного комитета РАМН» (Ю.А. Жулев),
- «О деятельности Общероссийской общественной организации инвалидов-нефрологических больных «Право на жизнь» (И.М. Христова),



- «О деятельности Общероссийской общественной организации «Общество помощи пациентам с онкогематологическими заболеваниями» (А.А. Тоноян),
- «Редкие болезни нервной системы» (В.А. Парфенов),
- «Сравнительная оценка плазматических и рекомбинантных препаратов» (М.К. Соболева),
- «Современный этап лечения гемофилии в России» (К.Г. Копылов),
- «Применение электронных дневников для больных с тяжелыми наследственными заболеваниями» (Е.Б. Андреева).

Были заслушаны следующие доклады по теме «Национальный стандарт: «Оценка медицинских технологий»:

- «Разработка ГОСТа «Оценка медицинских технологий» (М.В. Авксентьева),
- «Стандартизация медицинских технологий» (Д.В. Лукьянцева),
- «Регистры пациентов, предложения Форумному комитету РАМН по организации проекта» (А.К. Хаджидис),
- «Оценка медицинских технологий в Республике Казахстан» (Е.Л. Степкина).

Также было проведено внеочередное заседание с целью выработки решений Форумного комитета РАМН.

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 обеспечение 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).



**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, антропоозоозы) 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 и www.zdravkniga.net

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 ОСТРЫМ ПРОСТАТИТОМ, ОРХИТОМ И ЭПИДИДИМИТОМ

1. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА

Категория возрастная: взрослые, дети

Нозологическая форма: острый простатит; орхит и эпидидимит

Код по МКБ-10: N41.0; N45

Фаза: острое состояние

Стадия: первое обращение

Осложнение: вне зависимости от осложнений

Условие оказания: скорая медицинская помощь

Утверждено
приказом Министерства здравоохранения
и социального развития Российской Федерации
от 6 сентября 2006 г. № 651

1.1. ДИАГНОСТИКА

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A 01.31.009	Сбор анамнеза и жалоб общетерапевтический	1	1
A 02.31.001	Термометрия общая	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 02.10.002	Измерение частоты сердцебиения	1	1
A 02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	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 02.10.002	Измерение частоты сердцебиения	1	1
A 02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	1
F 05.01.02	Транспортировка пациента службой скорой медицинской помощи вне медицинского учреждения (организации)	1	1

СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ОТСЛОЙКОЙ НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ

1. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА

Категория возрастная: взрослые

Нозологическая форма: отслойка нормально расположенной плаценты

Код по МКБ-10: 045

Фаза: острое состояние

Стадия: первое обращение

Осложнение: геморрагический шок, ДВС-синдром, внутриутробная гибель плода

Условие оказания: скорая медицинская помощь

Утверждено
приказом Министерства здравоохранения
и социального развития Российской Федерации
от 25 сентября 2006 г. № 680

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
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
A09.05.003	Исследование уровня общего гемоглобина 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
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 кровь	<i>Растворы и плазмозаменители</i>	Декстроза	0,5	400 мл	400 мл	
		Гидроксизтилкрахмал	0,5	400 мл	400 мл	
		<i>Средства, влияющие на систему свертывания крови</i>	Этамзилат	1	500 мг	1500 мг
				1		
		Средства, влияющие на сердечно-сосудистую систему	<i>Вазопрессорные средства</i>	Допамин	1	10 мг
	1					
Растворы, электролиты, средства коррекции кислотного равновесия, средства питания	<i>Электролиты, средства коррекции кислотного равновесия</i>	Магния сульфат	1	2000 мг	2000 мг	
			1			
Гормоны и средства, влияющие на эндокринную систему	<i>Неполовые гормоны, синтетические субстанции и антигормоны</i>	Преднизолон	1	30 мг	60 мг	
			1			

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

СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ПНЕВМОНИЕЙ

1. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА

Категория возрастная: взрослые, дети

Нозологическая форма: пневмония

Код по МКБ-10: J13—J18

Фаза: острое состояние

Стадия: первое обращение

Осложнение: вне зависимости от осложнений

Условие оказания: скорая медицинская помощь

Утверждено
приказом Министерства здравоохранения
и социального развития Российской Федерации
от 4 сентября 2006 г. № 630

1.1. ДИАГНОСТИКА

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A 01.31.009	Сбор анамнеза и жалоб общетерапевтический	1	1
A 02.31.001	Термометрия общая	1	1
A 01.31.010	Визуальный осмотр общетерапевтический	1	1
A 02.09.001	Измерение частоты дыхания	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 05.10.001	Регистрация электрокардиограммы	0,5	1
A 05.10.007	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных	0,5	1

1.2. ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА 30 МИНУТ

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A 01.31.009	Сбор анамнеза и жалоб 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 25.09.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях нижних дыхательных путей и легочной ткани	1	1
A 11.02.002	Внутримышечное введение лекарственных средств	1	1
A 11.12.003	Внутривенное введение лекарственных средств	0,5	1
A 16.09.011	Искусственная вентиляция легких	0,05	1
A 11.09.008	Ингаляционное введение лекарственных средств и кислорода	0,1	1
F 05.01.02	Транспортировка пациента службой скорой медицинской помощи вне медицинского учреждения (организации)	0,5	1

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	Частота назначения	ОДД**	ЭКД***
Средства, влияющие на органы дыхания	<i>Противоастматические средства</i>	Будесонид	0,1	1		
			1			
Анальгетики, нестероидные противовоспалительные препараты, средства для лечения ревматических заболеваний и подагры	<i>Ненаркотические анальгетики и нестероидные противовоспалительные средства</i>	Диклофенак	0,1	1	2,5 мг	5 мг
		Кеторолак	0,3	1	75 мг	75 мг
		Лорноксикам	0,4	1	30 мг	30 мг
			0,3	1	8 мг	8 мг
Средства, влияющие на сердечно - сосудистую систему	<i>Вазопрессорные средства</i>	Допамин	0,05	1		
			1			
Средства, влияющие на кровь	<i>Растворы и плазмозаменители</i>	Декстроза	1	1	200 мг	200 мг
		Натрия хлорид	0,1	1		
			0,5	1	400 мл	400 мл
			0,5	1	400 мл	400 мл

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

СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С РАССЛОЕНИЕМ АОРТЫ (ЛЮБОЙ ЧАСТИ)

1. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА

Категория возрастная: взрослые, дети

Нозологическая форма: расслоение аорты (любой части)

Код по МКБ-10: I71.0

Фаза: острое состояние

Стадия: первое обращение

Осложнение: вне зависимости от осложнений

Условие оказания: скорая медицинская помощь

Утверждено
приказом Министерства здравоохранения
и социального развития Российской Федерации
от 5 сентября 2006 г. № 642

1.1. ДИАГНОСТИКА

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A 01.31.009	Сбор анамнеза и жалоб общетерапевтический	1	1
A 02.09.001	Измерение частоты дыхания	1	1
A 01.31.010	Визуальный осмотр общетерапевтический	1	1
A 01.31.011	Пальпация 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 09.05.003	Исследование уровня общего гемоглобина в крови	1	1
A 05.10.001	Регистрация электрокардиограммы	1	1
A 05.10.007	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных	1	1

1.2. ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА 30 МИНУТ

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A 01.31.009	Сбор анамнеза и жалоб 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 25.10.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях сердца и перикарда	1	1
A 11.12.003	Внутривенное введение лекарственных средств	1	1
A 11.08.011	Установка воздуховода	0,2	1
A 11.08.009	Интубация трахеи	0,1	1
A 16.09.011	Искусственная вентиляция легких	0,2	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***	
Анальгетики, нестероидные противовоспалительные препараты, средства для лечения ревматических заболеваний и подагры	<i>Наркотические анальгетики</i>	Морфин	1			
			1	10 мг	20 мг	
Средства, влияющие на сердечно-сосудистую систему	<i>Антиангинальные средства</i>	Нитроглицерин	1			
			1	2,8 мг	101,6 мг	
		<i>Гипотензивные средства</i>	Пропранолол	1		
				1	1мг	5 мг
		<i>Гипотензивные средства</i>	Верапамил	0,05		
		1	5 мг	5 мг		
Растворы, электролиты, средства коррекции кислотного равновесия, средства питания	<i>Электролиты, средства коррекции кислотного равновесия</i>	Натрия хлорид	1			
			0,5	400 мл	400 мл	
Средства для лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта	<i>Спазмолитические средства</i>	Атропин	0,5			
			1			
Средства, влияющие на центральную нервную систему	<i>Анксиолитики (транквилизаторы)</i>	Диазепам	1			
			1	0,5 мг	1 мг	
			0,5			
			1	10 мг	20 мг	

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

ПРОТОКОЛЫ МГНОТ

**ПРОТОКОЛ СОВМЕСТНОГО ЗАСЕДАНИЯ
АНГИОЛОГИЧЕСКОЙ
И КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ
СЕКЦИЙ МГНОТ
от 18 октября 2007 года**

Сопредседатели секций: член-корр. РАН, акад. РАМН, проф. Ю.Н. Беленков, член.-корр. РАМН, проф. В.А. Сандриков, проф. М.П. Савенков, проф. М.Г. Глезер, проф. В.А. Парфенов, проф. А.В. Чупин.

Постоянный оппонент: проф. П.А. Воробьев

Секретарь: Л.А. Положенкова

Повестка дня:

«Сосудистые гипертонии. Все можно поправить».

Заседание открыл М.П. Савенков. Артериальная гипертония широко распространена, составляя 20–50% среди сердечно-сосудистых заболеваний. Общая смертность у пациентов с артериальной гипертонией в 2–3 раза выше, чем у людей, не страдающих гипертонией. Лечение артериальной гипертонии остается трудной задачей. Врачи добиваются целевого уровня артериального давления (140/90 мм рт. ст.) у 30% больных в США и лишь у 12% в России. АД «вещь» очень лабильная, а заболевание артериальная гипертония многофакторное и эффект его лечения зависит от многих причин. Лечить следует не только артериальное давление, но и все факторы риска, способствующие развитию артериальной гипертонии (снижать холестерин, предупреждать развитие гипертрофии левого желудочка, поражения почек). При выявлении повышенного артериального давления, кроме его измерения в динамике, необходимо проводить скрининг — обследование всех органов, что позволяет выявить поражение сонных или почечных артерий. Сосудистая гипертония, возникающая в таких случаях, консервативному лечению не поддается, требуются более агрессивные хирургические методы.



**1. Проф. А.В. Чупин (ангиохирург — ФГУЗ КБ № 83).
«Особые случаи лечения вазоренальной гипертензии».**

В докладе обсуждается хирургическое лечение вазоренальной гипертензии, которая, по данным разных статистик, составляет от 1 до 15%. Подчеркнуто, что если комплексная гипотензивная терапия не помогает, артериальное давление стойко держится на высоких цифрах, больных необходимо передавать хирургам, иначе через 5 лет развиваются осложнения (чаще всего инсульт), приводящие к смерти. При подозрении на поражение почечной артерии больному необходимо проводить инструментальное обследование почек: дуплексное сканирование (точность метода — 98%), МРТ, КТ-ангиографию, рентгеноконтрастную ангиографию. Если поражение почечной артерии подтверждается, больному следует оперировать как можно раньше. Далее докладчик рассказал, какие оперативные вмешательства проводят при вазоренальной гипертензии: в 75% производится дилатация почечных артерий со стентированием, и представил их методику.

Вопросы к докладчику:

Вопрос: Какой процент составляют больные, у которых артериальная гипертония остается после оперативных вмешательств?

Ответ: Артериальная гипертония остается в 15–20% случаях, и это порой на хорошей консервативной терапии.

Вопрос: Куда направлять больных со стенозом почечных артерий и кто оплачивает операцию?

Ответ: В сосудистый центр, больные из Москвы оперируются бесплатно, а больным из других регионов обследование и операции производятся на коммерческой основе.

Вопрос: Сколько стоит стент?

Ответ: Стент стоит 1200–1300 долларов.

Вопрос: Терапевт, заподозрив, что артериальная гипертония у пациента связана с патологией почечных артерий, но у него постоянно при исследовании мочи определяется белок, как быть? Направлять его к хирургу или нет? Хирург учитывает этот симптом?

Ответ: Да, обязательно, каждому больному, который поступает в хирургическое отделение, проводится обследование и уточнение диагноза.

Вопрос: Какие артерии поражаются наиболее часто?

Ответ: Коронарные артерии «занимают» первое место, почечные — последнее.

Вопрос: Как быть, если у пациента поражение почечной артерии сочетается с поражением сонных или других артерий?

Ответ: В таком случае производят 2–3 операции: вначале оперируют сонные артерии, восстанавливают кровоснабжение мозга, затем производят коррекцию почечных артерий, а при необходимости и сосудов нижних конечностей.

Замечание М.П. Савенкова: По лечению артериальной гипертонии есть стандарты и их следует придерживаться.

П.А. Воробьев не согласился с высказыванием М.П. Савенкова, заметив, что протокол ведения больных по лечению артериальной гипертонии был создан очень давно, но не подписан Минздравсоцразвития и он устарел.

2. Проф. Д.В. Небиеридзе (клиническое отделение патологии обмена веществ ГНИЦПМ РФ). «Артериальная гипертония и сосудистые изменения — какие препараты лучше?»

При лечении артериальной гипертонии важно установить, что чему предшествует: вначале сосудистые изменения, а затем развивается артериальная гипертония или наоборот. В этой связи больному следует проводить обследование на предмет выявления истинной причины артериальной гипертонии. Изложив классификацию артериальной гипертонии, патогенез сосудистых нарушений при артериальной гипертонии (одним из важных звеньев является дисфункция эндотелия), представил характеристику разных классов антигипертензивных препаратов. Поскольку из антигипертензивных препаратов только препараты группы антагонистов кальция влияют на дисфункцию эндотелия, которая участвует не только в развитии артериальной гипертонии, но и является пусковым механизмом возникновения атеросклероза и атеротромбоза, докладчик представил их характеристику. Антагонисты кальция являются гетерогенной группой лекарств, различающихся как по химической структуре (недигидропиридины и производные дигидропиридинов), так и селективности воздействия на различные отделы сердечно-сосудистой системы. Перечислив антагонисты кальция (к первой группе относится верапамил и дилтиазем, ко второй — нифедипин и амлодипин), докладчик подробно остановился на алтиаземе (продолговатая форма дилтиазема). Алтиазем занимает промежуточное положение в ряду антагонистов кальция, обладая двойным механизмом действия: равномерно блокирует как кальциевые каналы миокарда, так и сосудов. Алтиазем не только более эффективен, чем другие классы антигипертензивных препаратов (бета-блокаторы, ингибиторы АПФ, диуретики и др.), оказывает антигипертензивное действие, но и предупреждает риск развития ее грозных осложнений (инсульт на 21%). Данное преимущество алтиазема подтверждено результатами собственных клинических исследований докладчика. Однако было подчеркнуто, что выбор антигипертензивных препаратов, в том числе антагонистов кальция, зависит от конкретной клинической ситуации с учетом показаний и противопоказаний назначаемого препарата.

Вопросы к докладчику:

Вопрос: Как часто развивается импотенция при лечении антагонистами кальция?

Ответ: Крайне редко.

Вопрос П.А. Воробьева: Атеросклероз — это болезнь эндотелия?

Ответ: Да, атеросклероз — это болезнь эндотелия.

Продолжение на стр. 8

ИнтерНьюс

Интернет и гипертония

Beverly Green (Group Health Center for Health Studies, Seattle, Вашингтон, США) проанализировали возможность новой модели медицинской помощи, включавшей использование пациентом Интернета, мониторинг АД в домашних условиях и консультации фармацевта, в отношении улучшения контроля артериальной гипертонии. В исследовании были рандомизированы 778 пациентов, за которыми наблюдали в течение года. В группе комплексной программы с использованием Интернет-технологий частота достижения целевого АД была достоверно выше по сравнению с пациентами типичной практики (56% и 31%, $p < 0,001$).

Источник: JAMA 2008; 299: 2857–2867

Где будет метастаз

Исследователи из лаборатории Теоретической Биоинформатики в Немецком Центре Исследований Рака в Гейделберге разработали математическую модель метастазирования опухолей, проанализировав факторы, влияющие на миграцию злокачественных клеток. Используя их результаты, клиницисты смогут точнее предсказывать поведение того или иного неопластического образования и разработать более эффективные схемы предотвращения метастазирования. Еще 130 лет назад Поль Эрлих, первый предложивший идею химиотерапии, говорил о том, что к аномальному поведению клеток могут приводить нарушения работы внутренних молекулярных механизмов. Он предположил, что обнаружение «молекулярной мишени», то есть конкретной молекулы, приведшей к нарушениям, может стать основой наиболее эффективной терапии. Впоследствии его предположения полностью подтвердились. Однако что касается злокачественных клеток, то данная концепция справедлива для них лишь отчасти, так как в них присутствует целый комплекс различных нарушений. Таким образом, эффективная схема терапии должна учитывать сразу несколько «молекулярных мишеней», причем достаточно специфически. Однако такой подход сразу же увеличивает риск побочных эффектов. При этом все возможные комбинации химиопрепаратов проверить практически невозможно. Попытки предсказать метастазирование опухолей делались и раньше в междисциплинарных исследованиях, однако специалистам из DKFZ впервые удалось создать адекватную математическую модель. На первом этапе был исследован процесс миграции фибробластов кожи в зону повреждения. Было показано, какие существуют этапы у этого процесса, что заставляет клетки двигаться, что определяет скорость их миграции и проч. Существует достаточно жестко заданный порядок внешних сигналов, приводящих к миграции клеток, и, по-видимому, набор этих сигналов и их последовательность сходны для разных типов клеток. Благодаря этому можно предсказать, какие молекулы могут препятствовать каждому из этапов миграции. Для злокачественных клеток набор сигналов, побуждающих к миграции, существенно меньше, нежели для нормальных клеток, поэтому метастазы распространяются даже в тех случаях, когда здоровая клетка мигрировать бы не стала. Программа-симулятор немецких исследователей позволяет предсказать эти случаи.

Источник: Molecular Systems Biology

Не пускайте котиков гулять

В Автозаводском районе Тольятти зарегистрирован случай бешенства животных. Заболевание выявлено у домашнего кота, внезапно атаковавшего своих хозяев. Как выяснилось, заболевшее животное с мая находилось вместе с хозяйкой на загородной даче и свободно гуляло по улице. В середине июля кот внезапно атаковал хозяйку и двух других членов семьи. Взбесившееся животное отнесли в ветеринарную клинику, где его поместили в спецприемник. Через два дня кот умер. Анализы подтвердили, что он был заражен бешенством. В настоящее время все пострадавшие получают профилактический курс антирабических прививок. С начала года это третий случай заболевания животных бешенством в пригороде Тольятти. Ранее в окрестностях города было зафиксировано два случая бешенства у диких лис, от укусов которых пострадали шесть человек.

Источник: Интерфакс

КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ

АНАЛИЗ

ВЫШЛА В СВЕТ НОВАЯ КНИГА!

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, моделирования, методов принятия решений. На многочисленных примерах показаны достижения российских экспертов.

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

ИнтерНьюс

Привези, привези, из-за моря привези

В России уже год действуют «Правила оказания услуг по реализации турпродукта», по которым предупреждать об инфекционной опасности страны туриста обязано турагентство. Однако надеяться на турфирму не стоит, так как туроператоры беспокоятся о потере клиентов и прибыли, а значит, не информируют клиентов об опасностях заражения, хотя обязаны это делать. Чаще всего из излюбленных россиянами мест отдыха Турции, Египта отдыхающие привозят кишечный амебиаз, полученный через воду или пищу. Путешественники привозят с лазурных берегов в Россию много инфекций, в числе которых — вирусный гепатит А, В, и С, малярия, сальмонеллез. В странах черной Африки, Алжире, Тунисе, Индии, Индонезии, Малайзии, в странах Латинской Америки легко подхватить желтую лихорадку. Смертность среди взрослых от этой инфекции достигает 60%. Из Индии привозят брюшной тиф, малярия, столбняк. Опасны по этим инфекциям и Египет, и Турция, а также Таиланд, Алжир, Тунис, Марокко, Мальдивы, Сингапур. В «Правилах оказания услуг по реализации турпродукта», в частности, прописано, что сотрудник турагентства обязан донести до клиента информацию об опасностях, с которым он может встретиться в путешествии, о необходимости проходить профилактику в соответствии с международными медицинскими требованиями (имеются в виду прививки), если он отправляется в страну, в которой может подвергнуться повышенному риску инфекционных заболеваний. Эти сведения турагентство должно доносить до туриста в устной или письменной (в каталогах или справочниках) формах. Некоторые российские турагентства, впрочем, пренебрегают этим требованием, за что могут быть привлечены к административной ответственности. Однако специалисты по паразитарным и тропическим болезням уверены, что обезопасить себя может только сам отдыхающий. Поэтому перед поездкой в Африку, Латинскую Америку, Центральную и Южную Азию врачи-паразитологи рекомендуют сделать прививки.

Источник: gzt.ru

А вы хотели бы быть донором?

Всероссийский центр изучения общественного мнения (ВЦИОМ) в результате опроса, проведенного в июле 2008 года выяснил, что более половины россиян (63%) не хотели бы становиться донорами крови. В опросе приняли участие 1,6 тысячи человек из 153 населенных пунктов в 46 областях, краях и республиках России. Среди них 36% когда-либо сдавали кровь, остальные 64% никогда не выступали в роли донора. Выяснилось, что 63% респондентов не хотели бы становиться донорами, а 21% могли бы сдавать кровь при определенных условиях. Оставшиеся 10% затруднились ответить. Среди желающих стать донорами преобладали молодые россияне, а также люди с высшим образованием. С возрастом число потенциальных доноров становилось меньше: в частности, среди 18—24-летних сограждан потенциальных доноров — 38%, а среди тех, кому за 60 — только 8%. Свое нежелание становиться донором респонденты чаще всего объясняли плохим состоянием здоровья (33%) и преклонным возрастом (23%). По 9% респондентов сообщили, что боятся заразиться опасными заболеваниями либо просто не имеют желания. Еще 7% признались, что боятся вида крови, шприцов или боли. Остальные объяснили свой отказ непониманием смысла процедуры, потенциальным вредом для здоровья либо недостаточной оплатой процедуры сдачи крови. Среди тех, кто хотел бы сдать кровь в качестве донора, преобладали люди, желающие помочь тем, кому понадобится кровь (61%). По 8—9% респондентов ответили, что готовы сдать кровь для своих родственников, либо считают донорство благородным и добрым делом. Столько же опрошенных заявили, что считают сдачу крови полезной для здоровья. Еще 2% сдавали кровь по просьбе или потому, что являлись медработниками. Льготы и доходы в связи со сдачей крови заинтересовали лишь 7% респондентов, показал опрос.

Источник: medportal.ru

Начало на стр. 7

Ответ: Да, в настоящее время дисфункция эндотелия рассматривается, как ранняя фаза развития атеросклероза.

Вопрос: Можно утверждать, что алтиазем обладает антиатерогенным свойством?

Ответ: Да, этот эффект мы подтвердили результатами собственных исследований, он же влияет на дисфункцию эндотелия.

Вопрос: К алтиазему толерантность развивается?

Ответ: При лечении алтиаземом на протяжении нескольких месяцев толерантность к препарату не установлена.

Вопрос: Антагонисты кальция можно сочетать с другими антигипертензивными препаратами?

Ответ: Да, при необходимости, например, амлодипин успешно комбинируется с ингибиторами АПФ.

Вопрос: Каким больным алтиазем показан в первую очередь?

Ответ: В первую очередь, алтиазем показан больным со склонностью к сосудистым спазмам, что отражается в преимущественно спастическом типе микроциркуляции.

Замечание М.П. Савенкова: Алтиазем действительно хороший препарат, он, прежде всего, «антиспастик», а у нас причин для спазмов достаточно. Известна реакция сосудов на стресс, изменение погоды и т. д.

2. Проф. В.А. Парфенов (ММА им. И.М. Сеченова).

«Церебральная ишемия и АГ».

В докладе обсуждается значение церебральной ишемии в развитии артериальной гипертонии. Транзиторная ишемическая атака, ишемический инсульт, значительные стенозы или закупорка магистральных артерий головного мозга, а так же внутренней сонной артерии, могут быть причиной развития артериальной гипертонии. В таких случаях показано лечение антигипертензивными препаратами, однако лечение следует проводить осторожно, снижать артериальное давление «мягкими» антигипертензивными препаратами. Резкое снижение артериального давления крайне опасно, т.к. ишемия мозга может усугубляться. Высокого артериального давления не следует бояться, у 70—80% больных в первые дни инсульта артериальное давление повышается, однако в дальнейшем у большинства из них отмечается

спонтанно его снижение. Поскольку частота ошибок в диагнозе инсульта остается высокой (ишемический инсульт среди другой неврологической патологии составляет 10%), отметил докладчик, то лечение необходимо начинать только после уточнения диагноза (проведения дуплексного сканирования, КТ или МРТ головы). Изложив принципы лечения антигипертензивными препаратами, снижающей риск развития ишемического инсульта у больных с артериальной гипертонией на 30%, еще раз обратил внимание присутствующих на тактику ведения больных с церебральной ишемией и артериальной гипертонией. Лечение антигипертензивными препаратами в таких случаях не только может привести к ухудшению кровоснабжения головного мозга, но и развитию или прогрессированию когнитивных расстройств.

Вопросы к докладчику:

Вопрос: Как объяснить транзиторное повышение артериального давления при ишемическом инсульте?

Ответ: Повышение артериального давления при ишемическом инсульте может быть вызвано отеком головного мозга и повышением внутричерепного давления, а также стрессом на тяжелое заболевание.

Вопрос: Как вы относитесь к препарату капотен?

Ответ: Ну, если больше ничего нет, приходится назначать его, препарат дешевый и входит в список бесплатных лекарств.

Замечание М.П. Савенкова: Если у больного резкая головная боль, артериальное давление 200/100 мм рт. ст. и объясняется это спастической реакцией, то ее следует снижать, артериальное давление — снижать, а не ждать развития инсульта.

В.А. Парфенов: В таком случае больного, прежде всего надо успокоить, диагноз уточнить, артериальное давление снижать, но только осторожно.

П.А. Воробьев: Если по артериальной гипертонии стандарты пока не отработаны, то по ишемическому инсульту и другим инсультам они есть, их просто необходимо выполнять, чтобы избежать ошибок.

Заключение.

М.П. Савенков в заключение поблагодарил докладчиков, заметив, что артериальное давление следует не снижать, а не давать ему повышаться.

АНТИРЕКЛАМА

«Ученые доказали/обнаружили, что...» — с таких слов может начинаться и репортаж о подлинном открытии, и дурацкий анекдот, и реклама продукта, без которого вы прекрасно обходились. Группа британских ученых с академическим педантизмом взялась доказывать, что слова «ученые доказали» нередко совершенно безосновательны. В США и Англии можно продавать и рекламировать продукты, не раскрывая лежащих в их основе ноу-хау. Но заявления все же должны соответствовать истине и не противоречить законам природы. Неформальное объединение под названием Sense About Science (в данном случае его можно перевести как Здравый Научный Смысл) — это независимое благотворительное общество, деятельность которого заключается в том, чтобы реагировать «на неверное толкование науки и научных данных по таким представляющим общественный интерес темам, как, например, пластиковые бутылки, фтор или тройная вакцина от кори-свинки-краснухи, а также дебаты по поводу генетической модификации, исследований со стволовыми клетками и радиации».

Общество Sense About Science, возникшее в 2002 г., сейчас объединяет около 2000 британских ученых и пользуется поддержкой Королевского общества (Royal Society) — аналога нашей Академии Наук. В одном из недавних выпусков сетевого издания The Scientist рассказывалось об очередной акции Sense About Science, которая не потребовала больших усилий от участников, лишь применения профессиональных знаний на благо сограждан и во имя чистоты науки. Активисты Sense About Science обзвонили 11 фирм, предлагающих товары медицинского назначения с описанием их достоинств в терминах, которые обыватель могут показать строго научными. Как и следовало ожидать, никакой науки ни за одним из них не оказалось. Расшифровки разговоров изданы отдельной книжкой, в назидание потомкам.

Первой в списке у добровольных экспертов оказалась фирма-производитель светильников из каменной соли, благотворно влияющих на организм человека из-за ионов, которые выделяются при нагревании. Физик Дженнифер Лардж поинтересовалась у представителя компании, как они испускают свои «целебные» ионы? «Это происходит при нагревании лампочки» — был ответ. «Да, но я сейчас немного занимаюсь наукой, и, насколько мне известно, химические связи, посредством которых удерживаются ионы в молекуле соли, достаточно сильные. Меня интересует, хватит ли энергии обычной лампочки, чтоб разорвать их?» — продолжала допытываться Лардж. «Да, они вообще-то здорово нагреваются, это ученые доказали». «А поподробнее?» — не унималась Дженнифер. «Есть много интернет-сайтов, которые расскажут вам о соляных лампах». «А есть ли что-либо более конкретное, чем web-сайт?» И вот здесь прозвучал однозначный и правдивый ответ — «нет!»

Биолог Гэрриет Болл общалась с диетологом солидной фирмы — производителя йогурта, обогащенного витаминами. Его рекламировали, особенно упирая на содержащийся в нем комплекс Актив8 — восемь витаминов группы В, которые, если верить тексту рекламного ролика, оптимизируют энергетический обмен. Специалист фирмы объяснил, что Актив8 «выделяет оптимальное количество питательных

веществ из того, что вы съели, и направляет их именно туда, куда нужно». «А нужен ли он людям, которые и так сбалансированно питаются, и уже получают эти самые витамины В в нужном количестве?» «Ну, если они уже получают достаточно витаминов с пищей, йогурт это оптимизирует...» «Что значит — оптимизирует?» «Ну, это значит — выделит главное из вашей пищи, используя витамины и минералы, которые есть в вашей здоровой пище». «Если человеку скормить больше витаминов, чем ему надо, они в лучшем случае просто выведутся из организма», — замечает Болл. «А, ну да, тогда они просто выделяются и не причинят вреда.» В научном мире принято оформлять результаты исследований и открытия в виде отчетов и статей, сообщать о них на конференциях, — словом, хотя бы своим коллегам изложить все как есть, что было сделано и на каком основании сделаны те или иные выводы. Гэрриет решила оставить в покое сотрудницу компании и спросила, нельзя ли ознакомиться с результатами клинических испытаний, подтверждающих эффективность витаминного комплекса Актив8. Оказалось, что их не существует.

Другой физик из Sense About Science, Эрик де Силва созвонился с производителями медальона Q-Link. Его полагается носить на шее, и тогда он защитит от электромагнитного излучения, излечит похмелье и раздражения на коже, улучшит результаты игры в гольф и повысит безопасность на дороге. Представитель клиентской службы попробовал объяснить, как он работает: «Ну, у вас есть энергетическое поле, потому что ваше тело производит электрические импульсы. Это называется биополе, энергетическое поле вокруг вашего тела». «Вы о нервных импульсах?» — осторожно уточнил де Силва. «А, ну да, этих!» «И этот предмет, медальон... он как-то их усиливает или ослабляет?» — «Усиливает»... Ученый еще минут десять пытался добиться хоть сколь бы то ни было внятного ответа, надеясь, что под словами «электромагнитные колебания» его собеседник подразумевает то же самое, что и коллеги-физики. Тщетно.

Идиоты всегда были и будут: пятьсот лет назад отдавали последнее за порошок из жабьих глаз, сейчас — за БАД. Люди платят не за вещь, а за надежду — с этим не поспоришь. Переключить канал, прочитать этикетку на баночке йогурта и выбрать тот, который содержит понятные вам компоненты и стоит столько, сколько и должна стоить баночка йогурта, в лучшем случае — провести разъяснительную беседу со старушкой-соседкой, которая пришла одолжить несколько тысяч на «необходимое лекарство» — все это может каждый. Но, как считает руководство проекта Sense About Science, раз уж вы ученый и понимаете, как это на самом деле работает или не работает, стоит сделать что-то большее, чем скривить губы и сказать, как вас бесят такие глупости. Британских ученых призывают не лениться и дать производителям понять, что любое заявление может потребовать доказательств. А нам с вами британские ученые доказали — стоит прислушиваться к своим сомнениям, которые основаны на здравом смысле. Хуже не будет.

Источник: Woman's Day, www.vechnayamolodost.ru

Редакция журнала «Медицинская сестра» обратилась к нам с просьбой прокомментировать письмо читательницы. Выполняем просьбу.

«Уважаемая редакция!

Обращается к Вашему (и нашему) журналу процедурная медицинская сестра кабинета амбулаторной химиотерапии 4-го Онкологического диспансера ЮАО г. Москвы Ворошилова Анна Михайловна. Мой стаж работы медсестры более 35 лет, имею высшую квалификационную категорию. В амбулаторной химиотерапии работаю с 1990 г. Что это за работа, вы, конечно, себе представляете — в/в введение препаратов химиотерапии — очень сложная, ответственная, тяжелая работа. Для работы с пациентами с такими заболеваниями, как рак молочной железы, рак легких, рак прямой кишки, рак желудка, злокачественные заболевания крови, нужен немалый опыт, огромная самоотдача, крепкие нервы, здоровье и терпеливость, но самое главное — умение и концентрация внимания на всех этапах процедуры — ведь применяемые препараты весьма токсичны, их переносимость очень тяжелая. Большинство медсестер, даже с опытом практической работы с венами, подолгу не задерживаются на данной работе — аллергические реакции, нагрузки на медсестру физические и эмоциональные.

Теперь о главном. К нам в 2007 г. перевели из других лечебных учреждений всех амбулаторных пациентов, страдающих злокачественными гематологическими заболеваниями. Среди данных пациентов есть больные с таким заболеванием, как истинная полицитемия (polycythemia vera), синонимы — эритремия, болезнь Вакеза, болезнь Осле-ра. Данное заболевание сопровождается увеличением эритроцитов, лейкоцитов и тромбоцитов. Лейкозная пролиферация всех 3 ростков кроветворения приводит к повышению гемоглобина, снижению кровотока в тканях. Удаление эритроцитов из кровотока — кровопускание как метод лечения — наиболее эффективен и безопасен и приводит к снижению гемоглобина на 50%. При кровопускании одновременно необходимо удалить 500—700 мл густой, тина желе, крови, что может вызвать тромбоэмболические и сердечно-сосудистые осложнения.

Обращаясь с просьбой подсказать или опубликовать на страницах Вашего журнала методику проведения такой сложной, длительной, болезненной процедуры, как кровопускание у данных больных. Просьба уделить особое внимание иглам для данной процедуры, их диаметру, ведь обычные иглы тромбируются при сворачивании крови, что происходит за весьма короткое время, так как кровь у данных пациентов с повышенной вязкостью. Когда необходимо вводить Реополиглюкин — одновременно с кровопусканием, когда заняты обе руки, или же с той же вены после предварительного введения Реополиглюкина? Прочла множество литературы, но сам процесс нигде не описан. Одни пациенты, придя на прием, просят произвести именно одновременно, другие требуют отдельного введения. А я бы хотела узнать, как правильно. Можно ли вводить антикоагулянты (гепарин и его количество) во время процедуры. Также хотелось бы узнать правильность дезинфекции и утилизации этой крови.

И еще меня интересует вопрос — данную процедуру я должна производить самостоятельно или как ассистент (помощник) врача? Я знаю, что при переливании донорской крови пациенту процедурная медицинская сестра только помогает врачу, но саму кровь переливает врач и сам несет за это ответственность.

На сегодняшний день профессиональных стандартов сестринской деятельности практически нет, планируется их разработать на 60% только к концу 2012 года, это просто безобразие. Такая же ситуация и с профессиональными стандартами содержания должностных инструкций медсестер. Меня особенно интересует нормативная база по вопросам работы процедурных м/с кабинетов амбулаторной химиотерапии, вопросы вредности и оплаты труда, место российской процедурной м/с кабинетов амбулаторной химиотерапии в отечественном здравоохранении и границы ее компетентности, ее статуса.

*Заранее спасибо
С уважением Ворошилова Анна Михайловна*

Открыли Руководство по гематологии под редакцией академика А.И. Воробьева, читаем там: «Показаниями к кровопусканию (эритроцитаферезу) являются эритремия доброкачественного течения, ее чисто эритроцитемический вариант, репродуктивный возраст больного, рецидивы эритремии после цитостатической терапии со снижением уровня лейкоцитов и тромбоцитов. Преимуществом кровопускания является отсутствие лейкозогенного действия, быстрая нормализация массы циркулирующих эритроцитов и вязкости крови, что надежно предупреждает геморрагические и тромботические осложнения. Кровопускания уменьшают другие проявления эритремии — кожный зуд, уратовый диатез, висцеральные осложнения и мало влияют на величину селезенки. Иногда они осложняются тромбозами сосудов в результате гиперкоагуляции и тромбоэмболией легочной артерии. Многократные кровопускания вызывают дефицит железа.

Задача терапии — нормализация количества гемоглобина и показателя гематокрита, поскольку именно при этом риск сосудистых осложнений резко снижается. Кровопускания назначают по 500 мл через день в стационаре и через 2 дня при амбулаторном лечении. Вместо кровопусканий лучше проводить эритроцитаферез. Количество кровопус-

каний определяется достижением нормальных показателей красной крови.

У больных пожилого возраста или имеющих сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой системы (особенно пороки сердца) или плохо переносящих кровопускание однократно удаляют не более 350 мл крови, а интервалы между кровопусканиями несколько удлиняют. Для облегчения кровопусканий и профилактики тромботических осложнений накануне и в день эксфузии или в течение всего периода кровопусканий, а также 1—2 недели после окончания лечения (в зависимости от наличия или отсутствия реактивного тромбоцитоза к концу лечения) следует назначать дезагрегантную терапию — ацетилсалициловую кислоту или тиклид.

Дополнительно с целью профилактики тромбоэмболии легочной артерии непосредственно перед кровопусканием рекомендуется внутривенное введение 5000 ЕД гепарина и введение под кожу живота по 5000 ЕД гепарина 2 раза в сутки на протяжении нескольких дней после кровопускания. Используют и низкомолекулярные гепарины в профилактических дозах.

По окончании лечения состояние больных и картину крови контролируют каждые 6—8 недель. Рецидив плетори-



ческого синдрома и гемоглобина выше 140 г/л требует повторения кровопусканий по той же схеме.

Показанием к назначению цитостатической терапии служат эритремия с лейкоцитозом, тромбоцитозом и спленомегалией, кожным зудом, сохраняющимися на фоне кровопусканий, висцеральными и сосудистыми осложнениями, тяжелым состоянием больного, а также недостаточная эффективность предшествующей терапии кровопусканиями, плохая переносимость и осложнение тромбоцитозом. При клинической картине дефицита железа, связанного с кровопусканиями, применяют препараты железа. Пожилой возраст больных (старше 50 лет), невозможность организовать терапию кровопусканиями и контроля за ней расширяют показания к цитостатической терапии».

Еще несколько неотвеченных вопросов. Реополиглюкин вводить не нужно, препарат нечистый, вызывает тяжелые аллергические реакции вплоть до анафилактических шоков и смерти, «обжигает» почечные каналы. В данном случае риск не оправдан. От этого препарата все чаще отказываются. Перед кровопусканием нужно дать больному выпить чашку-другую чая, как это делается при донорской кроводаче. Если нет уверенности, что кровь хорошо потечет самоотком, можно перед удалением ее ввести 100—200 мл физиологического раствора с 1—2 тысяч ЕД гепарина. Иглу перед венепункцией неплохо промыть гепарином (из того же физ. раствора). Или ввести, как написано выше, сразу после венепункции гепарин через иглу. Но все-таки важнее немного «развести» кровь безопасной жидкостью, коей и является физ. раствор. Обязательно после кровопускания ввести объем раствора, равный объему удаленной крови, чтобы не было существенного изменения ОЦК. Я не рекомендую удалять более 200—300 мл крови за 1 процедуру, лучше повторить ее несколько раз. Впрочем, четких указаний на этот счет нет.

Процедуру вполне может проводить медицинская сестра, впрочем, врач должен ее достаточно подробно описать в карте больного — какие лекарства, сколько забирать и т.д. Здесь почти не бывает никаких осложнений (если не сливать за раз литр-другой), поэтому присутствие врача не обязательно. Сложный вопрос — как утилизировать кровь. Как и все мешки с донорской кровью, или диализаторы. Кстати, забирать кровь можно с использованием систем для взятия крови — там и иглы потолще, и кровь стекает в герметичную емкость — контейнер, и утилизировать последней проще. Вот только вводить через такую систему растворы и гепарин труднее.

А над стандартами работаем...

С уважением П.А. Воробьев

ИнтерНьюс

Продаю все

Власти Сингапура рассматривают возможность легализации платного донорства органов в стране. По словам главы министерства здравоохранения Хоу Бун Вана, подобная мера позволит решить проблему дефицита донорских органов и существенно увеличить число проводимых в стране трансплантаций. «Мы не должны отвергать эту возможность только потому, что она кажется слишком радикальной», — заявил Бун Ван. — Возможно, нам удастся разработать приемлемую систему компенсаций для неродственных доноров без нарушения этических норм». «Существует множество больных, которые стремятся выжить, и множество людей, страдающих от нищеты и готовых отдать почку, чтобы улучшить условия жизни», — добавил министр. Согласно проекту поправки в закон о донорстве, представленному Минздравом на рассмотрение парламента Сингапура, оплата услуг неродственных доноров будет проводиться третьей стороной — религиозными или благотворительными организациями. Эти же организации получат право вести поиск платных доноров для нуждающихся пациентов. В настоящее время покупка и продажа донорских органов в Сингапуре запрещена, соответствующее правонарушение карается штрафом и тюремным заключением сроком до 12 месяцев.

Источник: Fox News

Виртуальные притоны

Виртуальный наркоманский притон для тестирования эффективности лечения пациентов с метамфетаминовой зависимостью. Натуралистичная обстановка и соответствующим образом запрограммированные обитатели притона стимулируют у наркозависимых непреодолимую тягу к препарату, которая является мишенью потенциальной терапии. В настоящее время для этих целей используются видеозаписи людей, делающих себе инъекции наркотиков, а также демонстрацию атрибутов, связанных с их приемом (шприцы, жгуты и т. п.). Эффективность таких методик невысока. Для создания виртуального притона аспирант Университета Калифорнии в Лос-Анджелесе Кристофер Калбертсон с соавторами собрали у наркоманов информацию о типичной обстановке приема метамfetamina. Затем они «декорировали» жилище Калбертсона окурками, шприцами, пустыми бутылками и т. д. в соответствии с полученными данными, и сделали серию снимков. По этим снимкам разработчики воссоздали обстановку в виртуальном мире проекта Second Life и «наполнили» ее запрограммированными потребителями наркотика, которые вводят себе метамфетамин, находятся под его действием и приветствуют пользователя фразами типа «Хочешь колынуться?» Изобретение протестировали на наркоманах, которые не лечатся от зависимости. Они сказали, что после посещения виртуального притона стремление к приему очередной дозы стало гораздо сильнее, чем при использовании традиционных методик (видеозаписей и демонстрации атрибутов). В настоящее время изобретатели исследуют возможность использования проекта Second Life для групповой терапии наркозависимых.

Источник: tma.ru

Двадцать лучше, чем двенадцать?

Глава Минздравсоцразвития Татьяна Голикова утвердила новую структуру министерства. По сравнению с прежней структурой число департаментов Минздравсоцразвития возросло более чем в полтора раза: с 12 до 20. Отныне медицинский блок министерства представлен шестью, а не тремя, как это было раньше, департаментами. Новыми подразделениями стали департамент по развитию медицинского страхования, департамент организации медицинской помощи и развития здравоохранения, а также департамент высокотехнологичной медицинской помощи (выполняет функции упраздненного премьер-министром Путиным Росздрова). Как и прежде, отдельные подразделения министерства занимаются охраной здоровья и санитарно-эпидемиологического благополучия населения, организацией медицинской помощи детям, а также развитием фармацевтического рынка и рынка медицинской техники. К социальному блоку Минздравсоцразвития добавились департамент заработной платы, охраны труда и социального партнерства и департамент занятости и трудовой миграции. Кроме того, в министерстве появились департамент учетной политики и контроля, департамент имущественного комплекса и департамент информатизации.

Источник: medportal.ru

ПРОГРАММА ЗАСЕДАНИЙ МГНОТ НА СЕНТЯБРЬ—ОКТЯБРЬ 2008 г.

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

Дата, автор	Тема, аннотация
24 сентября 2008 года, среда в 17.00 Проф. А.В. Недоступ (ММА им. И.М. Сеченова)	Трудности и спорные вопросы терапии аритмий. Лечение аритмий в клинической практике традиционно считается непростой задачей. В значительной степени это обусловлено объективными факторами — обилием разновидностей нарушений ритма, достаточно высокой агрессивностью антиаритмической терапии с возникновением ее тяжелых осложнений, появлением новых, интервенционных способов терапии аритмий. В сообщении будут обсуждаться трудные и спорные вопросы лечения синусовой тахикардии, дисфункции синусового узла, экстрасистолии, мерцательной аритмии, пароксизмальной тахикардии и АВ-блокад, а также некоторые аспекты современной классификации аритмий.
8 октября 2008 года, среда в 16.30	Заседание Правления и Ревизионной комиссии.
8 октября 2008 года, среда в 17.00 1. Проф. Н.А. Шостак, проф. Н.Ю. Карпова, канд. мед. наук М. Рашид (РГМУ) 2. Проф. Н.А. Шостак, проф. Н.Ю. Карпова, канд. мед. наук М. Рашид (РГМУ)	1. Кальцинированный аортальный стеноз в практике терапевта — вопросы диагностики. 2. Кальцинированный аортальный стеноз и остеопороз — клиничко-лабораторные сопоставления. В докладах будут представлены современные вопросы этиологии, патогенеза аортальных стенозов. Дана классификация кальцинированного аортального стеноза, освещены вопросы диагностики и ведения больных.
22 октября 2008 года, среда в 17.00 Проф. А.Л. Сыркин (ММА им. И.М. Сеченова)	1. Варианты ишемической болезни сердца и основы врачебной тактики. ИБС представлена широким спектром клинических вариантов: от малосимптомных стабильных форм до острого инфаркта миокарда и внезапной смерти. В докладе рассматриваются основы терапевтической, инвазивной и хирургической тактики. 2. Клиническая демонстрация.

В дни секционных заседаний председатели секций и другие ведущие специалисты проводят консультации для врачей по интересующим их вопросам.

Правление МГНОТ

Теперь Программа заседаний МГНОТ вывешивается на сайте <http://www.zdrav.net>

СНОВА! Как получить нашу газету? СНОВА!

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

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

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

Купон высылайте в конверте по адресу:
115446, Москва, Коломенский пр., д. 4, ГКБ № 7, кафедра гематологии и гериатрии. Газета высылается БЕСПЛАТНО

ИнтерНьюс

И опять «отравление» водой

Жительница Великобритании отсудила компенсацию в размере 800 тысяч фунтов за ущерб здоровью, нанесенный диетой, основанной на повышенном потреблении воды. «Водная диета», которой британка увлеклась в надежде похудеть, спровоцировала эпилептический приступ и необратимые повреждения головного мозга. 52-летняя Доун Пэйдж обратилась к «водной диете» в 2001 году. По совету диетолога Барбары Нэш, женщина стала выпивать по 2,2 литра (4 пинты) воды в дополнение к суточному потреблению жидкости, и резко сократила потребление соли. Вскоре у нее начались приступы тошноты и рвоты. Диетолог объяснила недомогание побочным действием «детоксикации» и посоветовала клиентке увеличить потребление воды и сократить количество соли в рационе. Через несколько дней Пэйдж была доставлена в больницу Свиндона с генерализованным эпилептическим приступом, который, согласно заключению врачей, был спровоцирован нарушением водно-электролитного баланса, или водной интоксикацией. Женщину спасли, однако врачам не удалось предотвратить необратимые повреждения головного мозга, которые привели к развитию эпилепсии, нарушениям речи и снижению интеллекта. Многолетняя судебная тяжба завершилась соглашением о выплате пострадавшей компенсации в размере 800 тысяч фунтов стерлингов (около 1,2 миллионов долларов). Как подчеркивают адвокаты Барбары Нэш, вопрос о вине диетолога в суде не поднимался, а сумма выплаченной истце компенсации была снижена почти в два раза по сравнению с первоначальными требованиями.

Источник: medportal.ru

Никотиновый геноцид

Главный государственный врач РФ, глава Роспотребнадзора Г. Онищенко назвал действия зарубежных табачных корпораций в России «никотиновым геноцидом» русского народа. Онищенко заявил о намерении привлечь производителей сигарет к суду. «Противостояние с циничной, утратившей все нравственные нормы, правилами, критерии и принципы российской, находящейся в услужении иностранного, и прежде всего американского капитала... вступило в новый виток», — заявил Онищенко. Главный государственный санитарный врач дал понять, что имеет в виду Совет по вопросам развития табачной промышленности, возглавляемый Н. Школкиной. «Сверхдоходы американских корпораций оплачиваются катастрофическим влиянием на здоровье молодого российского поколения», — добавил он. По данным главы Роспотребнадзора, число курильщиков среди работоспособных россиян за последние годы достигло катастрофически высокого уровня. Так, в настоящее время в России курят 60% мужчин и 30% женщин, причем большинство из них начали курить в подростковом возрасте. Ежегодное потребление сигарет в России составляет от 375 до 400 миллиардов штук. Сейчас иностранные табачные корпорации добиваются установления в России «средневеково высоких уровней содержания никотина и смол в сигаретах, позволяя на установленном законом уровне сбывать для русского народа самые низкопробные табаки», подчеркнул Онищенко. Кроме того, главный санитарный врач обвинил табачные компании в распускании клеветнических слухов о якобы имеющих место фактах лоббирования врачами интересов иностранного капитала. Онищенко заявил о том, что юридические службы Роспотребнадзора уже получили указание «начать проработку вопроса о привлечении этих господ к судебной ответственности, а также придании публичности неблагоприятных действий названной выше организации и ее иностранных хозяев».

Источник: tma.ru

Место проведения: Центральный Дом Ученых РАН
Ул. Пречистенка, 16. Проезд: М. «Кропоткинская»
Начало работы конференции 29 сентября 2008 года в 10.00. Начало регистрации - 8.30
Организаторы конференции: Министерство здравоохранения и социального развития РФ
Международная общественная организация «Национальное медицинское общество геронтологов и гериатров»
Информационные спонсоры: Журнал «Клиническая геронтология», «Проблемы старения и долголетия», Газета «Вестник Московского городского научного общества терапевтов», «Московский доктор», Вестник геронтологического общества РАН
Подробная информация на сайте www.zdrav.net

XIII Международная научно-практическая конференция
ПОЖИЛОЙ БОЛЬНОЙ. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ.
Москва
29 сентября - 1 октября 2008 года
ПРИГЛАШЕНИЕ
Вход свободный





ПРЕМИЯ ГАЛЕНА 2007 ГОД за лучший биотехнологический продукт

ХУМИРА

адалимумаб



ПРЕМИЯ ГАЛЕНА



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 гипертония. 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»

ИНФОРМАЦИОННОЕ ПИСЬМО

Уважаемые коллеги!

Курс Стандартизация в здравоохранении при кафедре гематологии и гериатрии ФППОВ Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова регулярно проводит циклы тематического усовершенствования, предназначенные для врачей всех лечебных специальностей, специалистов в области общественного здоровья и организации здравоохранения по следующим направлениям:

- Стандартизация в управлении качеством медицинской помощи (29.09—24.10.2008; 27.11—24.12.2008).
- Медицина доказательств и клиничко-экономический анализ в управлении качеством в здравоохранении (27.10—24.11.2008).

Основные вопросы, рассматриваемые на курсе:

- Система обеспечения качества в здравоохранении.
- Система стандартизации в РФ, законодательство РФ по стандартизации.
- Протоколы ведения больных.
- Стандартизация в сфере лекарственного обращения.
- Клиничко-экономический (фармакоэкономический) анализ медицинских технологий, медицина доказательств, основы формулярной.

Цикл является бюджетным для организаций (учреждений), относящихся к системе Минздрава РФ, лично участниками курса оплачивается только проезд и проживание в гостинице. Для организаций (учреждений), не относящихся к системе Минздрава РФ или имеющих негосударственную форму собственности, цикл оформляется на договорной основе. По окончании цикла выдается свидетельство установленного образца.

Заявки на обучение принимаются

по тел./факс 609-13-57,

e-mail: standartmed@list.ru

не менее чем за 2 недели до начала цикла

Медицинские книги издательства «НЬЮДИАМЕД»

ПРОТОКОЛ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ. БОЛЕЗНЬ ПАРКИНСОНА
2006 г., 184 стр., м.о.

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.

Пол ред. Воробьев П.А. СПРАВОЧНИК ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ФОРМУЛЯРНОГО КОМИТЕТА
3 издание 2007 г., 668 с., т. п.

Пол ред. Воробьев П.А. СПРАВОЧНИК ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ФОРМУЛЯРНОГО КОМИТЕТА
3 издание 2007 г., CD

Андреев Ю.Н. МНОГОКОМПОНЕНТНАЯ ГЕМОФИЛИЯ
2006 г., 232 с., т. п.

Пол ред. Воробьев А.И. ОЧЕРКИ ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ ТРАНСФУЗИОЛОГИИ
2006 г., 632 с., т. п.

Горохова С.Г. СУТОЧНОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ. ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ
2006 г., 51 с., м.о.

Гогин Е.Е., Гогин Г.Е. ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ И АССОЦИИРОВАННЫЕ БОЛЕЗНИ СИСТЕМ КРОВООБРАЩЕНИЯ: основы патогенеза, диагностика и выбор лечения
2006 г., 234 с., т.п.

Пол ред. Воробьев П.А. ГЕРИАТРИЯ В ЛЕКЦИЯХ
том 1, 2002 г., 440 с., т.п.
том 2, 2005 г., 470 с., т. п.

ПРОТОКОЛ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ «ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ»
2005 г., 76 с., м.о.

Пол ред. А.И. Воробьев РУКОВОДСТВО ПО ГЕМАТОЛОГИИ
4-е изд., 1-3 тт (6 иллюстраций)
2007 г., 1273 с. с ил., т. п.

Пол ред. П.А. Воробьев КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ (ОЦЕНКА, ВЫБОР МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ И УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ)
2008 г., 792 стр., т.п.

СТАНДАРТИЗАЦИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ
Архив журнала «Проблемы стандартизации в здравоохранении» 1999-2005 гг.
2007 г., 430 с., т. п.

Пол ред. П.А. Воробьев СБОРНИК ПРАВОВЫХ И НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ ТРАНСФУЗИОЛОГИИ
2004 г., 540 с., т. п.

В.В. Цурко ОСТЕОАРТРОЗ: ПРОБЛЕМА ГЕРИАТРИИ
2004 г., 136 с., т. 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 НИХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ
2004 г., 64 с., м.о.

П.А. Бубнова-Рыбникова ГЛАВЫ ИЗ СЕМЕЙНОГО РОМАНА
2003 г., 228 с., т. п.

СБОРНИК ДОКУМЕНТОВ СИСТЕМЫ СТАНДАРТИЗАЦИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ
2003 г. CD.

П.А. Воробьев АНЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ
2001 г., 168 с., т. п.

Пол ред. П.А. Воробьев ЛАБОРАТОРНАЯ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА. СПУТНИК ИНТЕРНИСТА
2001 г., 288 с., т. п., м.о.

Б.В. Петровский ГЕРОНИЗМ, ДРАМАТИЗМ И ОПТИМИЗМ МЕДИЦИНЫ
2001 г., 200 с., т. п.

Пол ред. А.И. Воробьев, А.М.Кривошеиной АТЛАС. ОПУХЛИ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ
2007 г., 294 с. с ил., т. п.

Пол ред. Л.М. Горюховского ИЗБРАННЫЕ ГЛАВЫ. ГЕРИАТРИЧЕСКОЕ УРОЛОГИИ
2000 г., 362 с., т. п.

Б.П. Богомолов ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ: НЕОУЛОВИМАЯ ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА
2007 г., 653 с., т. п.

А.И. Воробьев, П.А. Воробьев ДО И ВОСЛЕ ЧЕРНОВЫЛЯ. ВЗГЛЯД ВРАЧА
1996 г., 180 с., м.о.

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

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

РЕДАКЦИЯ: Главный редактор П.А. Воробьев

Редакционная коллегия: А.В. Власова (ответственный секретарь), А.И. Воробьев, В.А. Буланова (зав. редакцией), Е.Н. Кочина, Л.А. Положенкова, Т.В. Шишкова, Л.И. Цветкова, 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., Бурцев В.И., Васильева Е.Ю., Галкин В.А., Глезер М.Г., Гогин Е.Е., Голиков А.П., Губина Д.И., Гусева Н.Г., Дворецкий Л.И., Емельяненко В.М., Зайратьянц О.В., Заславская Р.М., Иванов Г.Г., Ивашкин В.Т., Кактурский Л.В., Калинин А.В., Калыев А.В., Ключев В.М., Комаров Ф.И., Лазебник Л.Б., Лысенко Л.В., Маколин В.И., Мартынов И.В., Михайлов А.А., Моисеев В.С., Мухин Н.А., Насонов Е.Л., Насонова В.А., Ноциков В.Е., Палеев Н.Р., Пальцев М.А., Парфенов В.А., Погужева 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., Ющук Н.Д., Яковлев В.В.

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.zdravmed
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 **б**