



ВЕСТНИК МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО

МОСКОВСКИЙ ДОКТОР

Июль 2006

№ 14 (31)

НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ

ПРЯМАЯ РЕЧЬ

Существует группа пациентов, страдающих гемофилией, которые очень много выиграли из программы дополнительного лекарственного обеспечения (ДЛО). Это произошло год назад. Еще год назад у больных гемофилией было все невесело. Россия в области лечения гемофилии отставала от Европы лет на 20–30 в обеспеченности антигемофильными препаратами, факторами свертывания крови. Больные получали устаревшие препараты — или криопреципитат, или плазму. Во всем цивилизованном мире криопреципитат на 90% — это сырье для фракционирования плазмы крови и производства очищенных, современных препаратов. Результат — «замечательный»: до 95% больных с тяжелой формой гемофилии инфицированы гепатитом С, практически все. Это не только у нас. Но у нас врач отвечает не перед пациентом, а перед вышестоящим руководством.

Кто у нас ответил за пациентов, инфицированных гепатитом С, практически все. Это не только у нас. Но у нас врач отвечает не перед пациентом, а перед вышестоящим руководством. Кто у нас ответил за пациентов, инфицированных гепатитом С, практически все. Это не только у нас. Но у нас врач отвечает не перед пациентом, а перед вышестоящим руководством.

Когда мы создавались, еще даже не было закона об общественных объединениях, и это было очень тяжело.

Объединение больных гемофилией началось в России 1989 г. Общероссийская организация создана в 2000 г. Мы были одной из старейших организаций пациентов по Москве, старше нас, кажется, только ассоциация больных диабетом и общество инвалидов. Когда мы создавались, еще даже не было закона об общественных объединениях, и это было очень тяжело.

Общество на 95% состоит из пациентов или членов их семьи. Мы — профсоюз пациентов. Другое дело, что мы в нашей деятельности очень тесно взаимодействуем с врачами, с федеральными лечебными центрами. Здесь очень важно искусство лоббирования своих интересов, это целая наука, это профессиональная деятельность. В слове лоббирование не вижу ничего плохого. Для эффективного лоббирования нужно очень четко формулировать свои цели и задачи, для этого нужна грамотная медицинская экспертиза. С другой стороны, к сожалению, в нашей стране врачи не обладают такими возможностями по лоббированию своих интересов и интересов своих пациентов. Врачи по-прежнему остаются в системе, а система в России по-прежнему очень жесткая.

Мы подсчитали и обнаружили, что средняя продолжительность жизни больного гемофилией в России составляет 33 года. Люди непосвященные могут подумать: «Ну что ж поделать, фатальное заболевание». Это не так! В развитых странах продолжительность жизни больного гемофилией не отличается от таковой у здоровой популяции, если они получали с самого раннего детства профилактическое лечение. Например, пациенты из Швеции (мы с ними общались) вообще выглядят как группа спортсменов. Высокие, широкоплечие, даже врач ничего не заподозрит. И так где-то 95%. Конечно, остается 5% больных, особо тяжелые случаи, те, что в детстве запустили родители, и т.д.

Источник всего, конечно, деньги, но наша организация говорит, что вопрос не столько в деньгах, сколько в приоритетах. Это касается не только гемофилии, а вообще здравоохранения в целом. А уж лекарственное обеспечение, да еще такой небольшой группы больных, никогда не было приоритетным. Поэтому когда появилась ДЛО, появилась возможность профинансировать такие программы, как лечение гемофилии, муковисцидоза, гормонами роста, и результат не заставил себя ждать. Произошел достаточно резкий рывок вперед. Я не могу сказать, что мы уже вышли на общевропейские позиции, но мы хотя бы приблизились к европейскому минимуму, который составляет примерно одну международную единицу на душу населения. В мировой практике обеспеченность страны считается не по количеству единиц, приходящихся на больного, а именно обеспечение в международных единицах на душу населения.

Безусловно, мы поставлены в условия жизни по принципу: «Спасение утопающих — дело рук самих утопающих». Конечно, это не совсем так. Лечение больных гемофилией в нашей стране, и это очень важная позиция, финансируется государством. Так практически во всех странах, практически нигде больные гемофилией сами не платят за свое лечение. Нас категорически не удовлетворял уровень этой помощи. Система косная. Можно, склонив голову, вести своего больного новорожденного ребенка на трансфузиях криопреципитата, инфицировать ребенка трансмиссивными инфекциями, получить трансфузиологические осложнения, а можно идти в департамент здравоохранения, стучать кулаком по столу и добиваться, чтоб этого новорожденного ребенка перевели сразу

В развитых странах продолжительность жизни больного гемофилией не отличается от таковой у здоровой популяции, если они получали с самого раннего детства профилактическое лечение.

Источником всего, конечно, деньги, но наша организация говорит, что вопрос не столько в деньгах, сколько в приоритетах.

же на лечение факторами свертывания крови. Многие родители, даже до начала этой программы ДЛО, добивались, чтоб их детей лечили факторами свертывания крови.

Такие вот изменения у нас произошли, но расслабляться не приходится, т.к. все очень быстро. Мы с напряжением наблюдаем за бюджетом этого года, пока фактов в отказе в аптеках в факторах нет. Существуют общие проблемы, которые мы пытаемся решать. Существуют в России регионы, где с огромным трудом выписывают рецепты больным гемофилией, а если выписывают, предположим, 10 флаконов, а выдают в аптеке 5. Это зависит от позиции региональных органов здравоохранения.

Это попытка сэкономить, это негласное урезание, негласные лимиты, серьезное давление на врачей, выписывающих рецепты. А существуют регионы,

но работали над созданием национального стандарта по гемофилии, он играет сейчас и будет играть ключевую роль. Основной вопрос для всех: появились деньги, появилась

Это попытка сэкономить, это негласное урезание, негласные лимиты, серьезное давление на врачей, выписывающих рецепты.

возможность выписывать дорогостоящие лекарства и вечные споры, бесконечные проверки, дискуссии о том, адекватная дозировка, или завышенная, или, наоборот, заниженная. Иногда за одним столом собираются все три точки зрения: пациент говорит, что мало, доктор, что достаточно, проверяющий из фонда страхования — что дозы завышенные. Это жизнь. Фонд ОМС исходит в первую очередь из денег.

Гемофилия — достаточно сложное заболевание по выбору дозы лечения. Конечно, существует формула для расчета. С другой стороны, существует масса других факторов: наличие воспалительного процесса, насколько разрушены суставы, глубокие артропатии являются усугубляющим фактором, физиологические особенности. В действительности мы не дошли до адекватной терапии, принятой в цивилизованных странах. На сегодня пациент счастлив даже от тех трех флаконов, которые ему дают, и он их держит в холодильнике, а нужно ему значительно больше. Очень часто он не оказывает себе помощь вовремя, а хранит эти флакончики, боясь, что ему в следующий раз уже не выпишут. Мы всячески с этим боремся.

С другой стороны есть активные пациенты, которые говорят: «Ну не хватает нам, дайте больше». А врач отвечает: «Не-е-ет, это многовато тебе». Еще раз хочу вернуться к тому, как работает система в идеале: гематолог, чаще всего городской или областной, дает заключение на полгода или на год, где указана месячная дозировка фактора свертывания крови, затем в районной поликлинике обычной выписывается рецепт, слава Богу сейчас выписка этого рецепта происходит без врачебной комиссии, одним участковым. После этого рецепта сдается в аптеку и в течение месяца должен быть поставлен препарат. И так за рецептом каждый месяц. Сложностей масса: приехав с заключением гематолога, пациент может услышать: «Мало ли что тебе там написали» или «Вас таких много тут. Да вы же нас разорите. Да никогда в жизни я вам столько не выпишу. Вы знаете сколько это стоит?» Как будто из своего кармана достают.

В том-то и дело, что не из своего и даже не из кармана префектуры или области, это в большинстве своем федеральный бюджет. И, соответственно, врач пытается выписать меньшую дозировку. Это первый этап проблем. Второй этап. Даже если участковый выписал столько, сколько указал гематолог, в аптеке говорят: «Да нет, вы знаете, что перебой с поставкой препаратов» и выдают в 2 раза меньше. При этом официальный федеральный поставщик этих препаратов говорит: нет проблем, никакого дефицита.

Экономят в целом одинаково на детях и на взрослых, если регион занимается этой проблемой, то занимаются всеми. Это позиция местных властей на экономию средств. Местные власти имеют некую квоту денег, и местные власти считают, что лучше пусть будут остатки, чем потом дефицит. Вот если активный больной гемофилией, он добьется и получит все как положено, также как и активный диабетик. Спасение утопающих... Мы говорим, что если приходится выбирать, то по максимуму должны получать дети, потому что именно в раннем возрасте закладываются основы.

И еще один момент, он сейчас уходит в прошлое, но это было в первые полгода: производство факторов очень сложное и фирмы производители не были готовы к такому спросу в России, часть рецептов не были отоварены. Сейчас это происходит иногда, но по другим причинам, общее количество препаратов достаточно, чаще всего логистические ошибки, нестыковки между федеральными компаниями-поставщиками во взаимодействии поставщиков и региональных фармаций.

Количество больных гемофилией относительно постоянное и потребности их тоже. А для производителей плюс-минус 100 человек не должно быть принципиальным. Но ведь бюджет — он общий, ведь рецепты больных гемофилией находятся в общей массе других рецептов, которые могут потеряться, могут неспешно обслуживаться. Настолько сложный клубок проблем, в который, конечно, приходится погружаться.

Я не побоюсь слова саботаж. При проверках федеральных властей, Росздравнадзора обнаруживается, что заявки

Гемофилия. Спасение утопающих...

Ю.А. Жулев

Президент Всероссийского общества гемофилии



Так может выглядеть больной гемофилией, если его лечить адекватно, а так, если нет...



которые сразу же в массовом порядке практически всех пациентов перевели на профилактическое лечение. Причем это не только Москва и Санкт-Петербург, но и другие регионы. Это происходит там, где есть наши региональные отделения, там практически все вопросы лекарственного обеспечения больных гемофилией решены. Информирование пациентов и их родных — это одна из основных задач общества. Наша задача — рассказать людям, обучить их, как можно действовать наиболее эффективно в лоббировании своих интересов. Мы пытаемся передать

общества. Но страна большая, никто не идеален, до сих пор появляются люди, которые не знают, что факторы свертывания можно выписать по рецепту.

Участковый врач вообще не знает, что такое гемофилия, про фактор VIII хоть что-то слышали, но в торговых наименованиях вообще никак не разбираются, это порождает массу проблем. Плюс еще у нас любят распространять всякие слухи по поводу того, что завтра все закончится, нас исключили из перечня и т.д. Со всем этим приходится бороться. Мы очень актив-

Участковый врач вообще не знает, что такое гемофилия...

Экономят в целом одинаково на детях и на взрослых, если регион занимается этой проблемой, то занимаются всеми. Это позиция местных властей на экономию средств.

ИнтерНьюс

В Думе 14 июня 2006 г. прошли слушания по вопросам информатизации в здравоохранении

Откровенно говоря, создалось впечатление, что в этой сфере нет больших проблем – одни достижения. Практически каждый рассказывал, как он что-то сделал: об образовательных программах, системах автоматизации деятельности врача, телемедицине, информатизационных системах в лекарственном обеспечении. Говорили более 3 часов и до существенных аспектов – стандартизации, электронной подписи, законности ведения электронной истории болезни, важности штрих-кодирования, например, в службе крови – так и не добрались. Хотя, пожалуй, главный вопрос все-таки кем-то из присутствующих был сформулирован – нужно обобщающее законодательство о системе здравоохранения в целом, а в нем уже можно отразить то необходимое, что касается информатики.

*Источник:
собственные данные*

У женщин, чья окружность талии не менее 35 дюймов, повышен риск заболеваний сердца

Л.Моска (Медицинский Центр Колумбийского Университета, Нью-Йорк) изучал кардио-метаболические профили риска 6938 женщин из 12 городов США – участниц скрининга, организованного ассоциацией «Sister to Sister: Everyone Has A Heart», во время национального Дня Женского Сердца (февраль 2005 г.). Более половины участниц (52,1%) имели окружность талии не менее 35 дюймов, что является одним из компонентов метаболического синдрома. Окружность талии коррелировала с числом имеющихся факторов сердечно-сосудистого риска. Среди 6327 женщин без сердечно-сосудистой патологии и сахарного диабета окружность талии коррелировала с баллами Фрамингамской шкалы риска. В последней группе у 90% женщин имелся как минимум один модифицируемый фактор риска, и у трети участниц не менее трех основных факторов риска. Почти у половины женщин без ранее диагностированной гиперхолестеринемии (47%) оказались повышенными уровни общего холестерина, холестерин (не ниже 220 мг/дл), либо снижены уровни холестерина липопротеинов высокой плотности (<50 мг/дл). Среди женщин без гипертонии в анамнезе у 16% уровень артериального давления был не ниже 140/90 мм рт. ст. При определении гликемии натощак у 1218 участниц 43% имели уровень глюкозы не ниже 100 мг/дл, и 9% – не ниже 126 мг/дл (признак диабета), несмотря на отсутствие диагностированного диабета в анамнезе. Лишь у 10% обследованных женщин отсутствовали основные модифицируемые факторы риска. Остальные 90% являются кандидатами для изменения образа жизни и, возможно, других профилактических вмешательств. Простое измерение объема талии позволяет выявить женщин с повышенным абсолютным риском и кардио-метаболическими факторами риска, определить у них тактику дальнейшего обследования и лечения.

*Источник:
J. Women's Health 2006;15:24-34*

Американские аспириноманы

Применение аспирина в США с 1999 до 2003 г. возросло на 20%. В некоторых группах населения доля аспиринолюбов еще больше: 62% больных диабетом принимают аспирин, а среди больных сердечно-сосудистыми заболеваниями этот показатель достигает 82,8%. В 2003 г. начиная с 35-тилетнего возраста 36,2% американцев ежедневно или через день принимают аспирин. Основным поводом для приема аспирина является стремление предотвратить инфаркт миокарда и ишемические заболевания сердца.

*Источник:
news.battery.ru*

СВЕТСКАЯ ХРОНИКА

8–9 июня 2006 г. в Лондонской школе экономики состоялось совещание рабочей группы экспертов из Чехии, Словакии, Польши, Турции и России – участников проекта «Инновации в здравоохранении». Проект рассчитан на 3 года, проходит под патронажем Европейского колледжа, компании Johnsson & Johnsson и Лондонской школы экономики и имеет своей целью анализ реформ здравоохранения в Восточной и Южной Европе с последующей подготовкой рекомендаций по организации здравоохранения в странах с так называемой переходной экономикой. Первой темой для обсуждения была выбрана оценка медицинских технологий (англ. health technology assessment, HTA). Эксперты представили обзорные доклады о состоянии оценки медицинских технологий в своих странах.

В ходе обсуждения стало очевидным, что оценка медицинских технологий как целенаправленная деятельность с конкретно определенными задачами и механизмами принятия решений пока не сформировалась в странах Восточной Европы. Тем не менее, необходимость подобной работы осознана медицинскими специалистами и во всех участвующих в проекте странах имеются элементы оценки медицинских технологий по крайней мере при формировании программ лекарственного обеспечения. Большой интерес со стороны экспертов – участников совещания вызвала деятельность по стандартизации в здравоохранении России как единственный пример системного регулирования объемов и качества помощи с учетом результатов оценки медицинских технологий.

Следующее заседание рабочей группы состоится в декабре 2006 г. За это время предстоит завершить работу по обобщению полученных при обсуждении первой темы данных и сформулировать задачи для последующего этапа.

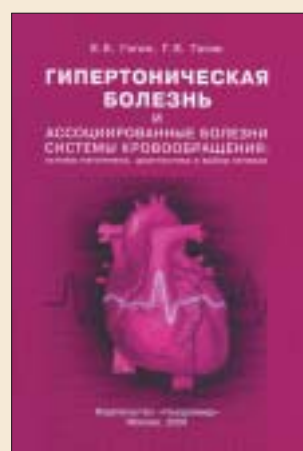
Собственная информация



Участники совещания



Лондон, жара, июнь



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

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

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

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

ВНИМАНИЕ!!! НОВИЧКА!!!

Начало на стр. 1

аптек, заявки по рецептам просто не доходят до уполномоченных федеральных организаций, соответственно и препарат не поставляется. И некоторые регионы просто были пойманы за руку. Думаю, что причины те же: негласные установки на экономию средств. Или кому-то выгодно в регионах, чтобы программа ДЛО выглядела для людей не очень хорошо. Мы же видим, что многие региональные элиты после введения программы чувствовали себя ущемленными. Сейчас вроде бы эти недоговоренности ушли.

Слухи о дефолте, невозможности поставки препаратов отходят на задний план, и регионы поняли, что саботаж программы ДЛО бумерангом вернется по ним же. Есть регионы, где больные получают не только адекватное лечение, но и профилактику, а есть регионы, где гематолог выписывает не более 2 тысяч МЕ на взрослого. Наши пациенты в первые месяцы программы были счастливы и от этих 2–3 тысяч МЕ. И врач, давая эти 2–3 тысячи МЕ, ни за что не отвечает, он понимает, что пациент не умрет, он и так уже инвалид, а вот начальник его по голове не погладит за то, что он выписал рецепт на большую сумму. Для сравнения, я в Москве получаю официально 20 тысяч МЕ, потому что у меня тяжелая форма гемофилии.

Если вы откроете утвержденный стандарт – Протокол ведения больных с гемофилией, то поймете, что это даже адекватным лечением не является, не говоря уж о профилактике. Введение стандарта поможет, потому что в регионах врачи называют профилактикой то, что профилактикой никак нельзя назвать, там просто не те дозировки: два флакончика по 500 МЕ подростку в неделю. Стандарт нужен всем, он помогает и врачам (они могут рассчитать региональную потребность, могут назначить адекватные дозировки пациентам, будут защищены от страховщиков и юристов), и пациентам, и страховщикам. Но протокол охватывает не только амбулаторно-поликлиническую помощь, но и стационарную.

Один из ключевых вопросов нашей работы, парадокс всей системы: уже много лет назад в России отказались от инвалидности по факту какого-либо заболевания. Перешли на так называемые международные критерии нарушения видов жизнедеятельности. После этого пошли проблемы с определением группы инвалидности у больных гемофилией: критериев четких нет, и в основном медико-социальная экспертиза руководствуется тем, поражены ли суставы или нет.

Теперь посмотрим, как работает программа ДЛО: при нынешней системе, для того чтобы больной гемофилией получил право на бесплатные медикаменты из федерального бюджета, он должен сначала стать инвалидом. Потом мы его активно лечим, к 18 годам с него снимают инвалидность, он теряет право получать эти лекарства из федерального бюджета и в течение года-двух он опять становится с успехом инвалидом. Представляете, что творится.

Я подчеркиваю, что это федеральный бюджет, потому что формально больной гемофилией, если он не инвалид, лекарства должен получать через региональный бюджет. Но как региональный бюджет исполняет свои обязанности, мы знаем. Вот такой замкнутый круг. Поэтому одно из основных наших требований: больной гемофилией должен иметь право на социальный пакет не по факту инвалидности, а по факту заболевания. Мы считаем, что при социальном значимых и дорогостоящих заболеваниях, не имея инвалидности, больные все равно имеют определенные ограничения и по физической нагрузке, и по возможностям. Самое главное, что больной гемофилией может выглядеть шикарно, но ему необходимо 3 раза в неделю внутривенно осуществлять инфузию препарата, это накладывает на него определенную ответственность и ограничения.

Есть два пути, желательно идти одновременно по обоим: разработка критериев по инвалидности для больных гемофилией. И второй, чтоб изменения в программе ДЛО позволили получать лекарства по факту заболевания, а не по факту инвалидности. Радует то, что в ДЛО в этом году вводят детей до 3 лет. Иначе придется воевать за каждого пациента, которому «снимают» инвалидность. Так как легкая форма гемофилии очень плохо диагностируется, то, по нашим данным, больных гемофилией сейчас 6500, но это в основном тяжелая и средней тяжести гемофилия. Из них 80% нуждаются в инвалидности. Оставшиеся – это легкая форма и дети, которые уже лечились не криопреципитатом, а факторами свертывания крови.

Нигде в инструкциях медикосоциальной экспертизы не написано, что если у тебя меньше 1% фактор VIII, то тебе нужно дать инвалидность. Они смотрят на то, какие у меня ограничения видов деятельности нарушены. Если вставать на формальную позицию, то они действительно не нарушены. И снимают инвалидность не только с больных гемофилией, снимают с онкологических больных, с детей с лейкозами, они не успевают даже в ремиссию нормально войти. Сидит эксперт и пытается эти критерии, хоть один из них применить к больному гемофилией, получается, что ничто не страдает. Ходит он отлично, учится, спортивного вида. Но у него происходят кровотечения, просто благодаря лечению, они быстро купируются. А фразы о том, что ты полностью зависишь от регулярного введения этого препарата для них значения не имеют. Они смотрят медицинскую карту, как часто обращался к врачу, лечился ли в стационаре. А если ты вовремя все вводил, то необходимости в частых посещениях и стационарном лечении нет. Но мы и говорим: дайте препарат, а не инвалидность, такой парень не нуждается в инвалидности и социальной защите, он нуждается только в лекарстве. От армии он освобожден. Я думаю, что если все будет хорошо развиваться, то вскоре вырастет поколение российских людей с гемофилией, которые не будут нуждаться в социальной защите.

Как должен себя вести родитель, ребенку которого поставлен диагноз гемофилия? Он должен как губка впитать в себя всю информацию. Что-то ему расскажут врачи в стационаре. В приложе-

нии к стандарту есть памятка для больных гемофилией, которая фактически является готовой «школой гемофилии». «Школа гемофилии» – это медицинская услуга, общество гемофилии не может на себя полностью брать образование больных и их родственников. Мы активно содействуем этому. Многие пациенты в России гибнут от элементарного незнания признаков опасных для жизни кровотечений или в надежде, что авось пронесет, а иногда речь идет о минутах. И такие примеры есть, даже при наличии фактора. Пациенты или не вводят его или вводят в неадекватном количестве. Чья ответственность? Общая. Тут все так же, как с диабетом. Пациент ДОЛЖЕН знать признаки угрожающих здоровью и жизни состояний. Как минимум родители ребенка, больного гемофилией, должны знать признаки таких состояний и знать, как действовать. Кроме того, врачи должны очень внимательно относиться к лечению такого ребенка, там много специфики. Ведь первые проблемы начинаются не сразу, ну за исключением акушерских кровотечений. Начинаются они чаще всего к 2–3 годам, когда ребенок начинает активно двигаться.

Мы призываем родителей детей, больных тяжелой формой гемофилии, думать очень серьезно и приходить к профилактическому лечению. Оно не такое простое. Это ведь внутривенные инъекции, не все дети имеют хорошие венозные доступы. Жалко мальчика, которого приходится колоть 2–3 раза в неделю. С другой стороны это залог того, что мальчик вырастет здоровым мужчиной, с сохраненными суставами, он не будет нуждаться в социальной поддержке, медицинской реабилитации.

В районных поликлиниках практически нет гематологов. В некоторых регионах по 2 гематолога на всю область. Зачастую пациенты проводили большую часть жизни в больницах, в борьбе с кровотечениями. Сейчас очень приятная для нас статистика:

Мы призываем родителей детей, больных тяжелой формой гемофилии, думать очень серьезно и приходить к профилактическому лечению.

госпитализация больных гемофилией за прошедший год уменьшилась в среднем в 3–5 раз. Потрясающая цифра: они просто исчезли из больниц. Получается, что адекватное лечение этих больных просто выгодно государству. К сожалению, никто не считал. Все озабочены глобальными вопросами. Мы сейчас составляем регистр больных гемофилией, хотели бы провести такие исследования, хотя это, конечно, не только наша работа. Думаю, что кто-то должен озаботиться не только выпрашиванием денег, но и показать общественности эффективность программы.



Так проходило детство больных гемофилией еще вчера... Рисунок мамы мальчика, больного гемофилией

Мы еще не можем сказать, что продолжительность жизни увеличилась настолько-то или инвалидизация снизилась: слишком мало времени пока прошло. Но при желании можно взять цифры по госпитализации, по осложнениям, кровотечениям, больничным, посещаемости школы. Мы в Москве это делали, 6 лет уже программа домашнего лечения в Москве и мы это для московских властей рассчитывали, показывали эффективность программы. Всегда нужно властям показывать, что они не зря дали деньги, об этом принципе многие забывают. Чаще всего мы прибегаем, плачем, нам дают деньги, нам становится хорошо и мы убегаем в никуда. Власть в задумчивости: все ли там нормально, живы ли пациенты, до следующего наскака. А на самом деле желательнее, чтоб власти видели через некоторое время результаты этих инвестиций.

Была масса программ задумана, в том числе и со Всемирной федерацией гемофилии, в которых априори должно было быть задействовано министерство здравоохранения, мы даже получили уже предварительное согласование, но потом все это рухнуло и вот уже третий год мы вынуждены были программу запускать только с помощью общественных организаций. Мы бюджетных ни одной копейки денег не получаем, как и большинство некоммерческих организаций. Я не могу сказать, что министерство никак не участвует, все-таки обеспечение по ДЛО – это миллионы долларов. Так это ведь их обязанность.

Конечно, вопрос обязанностей у нас в стране очень расплывчатый, еще раз повторяю – вопрос приоритетов. Предположим, я чиновник от медицины, у меня есть 100 рублей: могу потратить на вакцинацию, могу на диспансеризацию, могу на туберкулез. Могу дать на гемофилию, могу не дать. К сожалению, вопрос стоял именно так. Ведь бюджет программы ДЛО не разбит по нозологиям, и это правильно, потому что сейчас еще никто не знает стоимость каждой нозологии. Поэтому вопрос в том, насколько в регионах для врачей гематологов приоритетной является гемофилия. Ситуация очень разная.

Паспорт больного гемофилией – это медицинский документ, он был разработан совместно с ГНЦ РАМН, взят за основу международные аналоги. Паспорт – это очень важный момент, когда останавливает милиция и видит исколотые вены и когда в машине у тебя какие-то флакончики со шприцами и т.д., ну и не говоря уже о том, что происходит избитие сотрудниками милиции:

Мы еще не можем сказать, что продолжительность жизни увеличилась настолько-то или инвалидизация снизилась: слишком мало времени пока прошло.

многие российские больные гемофилией внешне похожи на наркоманов – худосыкие, бледные, со склерозированными венами. Ну и мало ли какие ЧП, в паспорте написано все, какая гемофилия, что нужно делать, адрес клиники, куда везти больного, если он без сознания, круглосуточный телефон. Это важно для врачей скорой помощи.

За последний год несколько улучшилась ситуация с эндопротезированием суставов. Тут проблема в том, что больные на руки-то получают факторы свертывания, а в центрах с ними проблема. А это тормозит проведение операций. То есть суставы есть, а факторов для проведения операции нет. Сейчас два источника финансирования протезов – бюджет федерального учреждения и ФОМС региональный целенаправленно для больного может закупать. С одной стороны правильно, что программа ДЛО в первую очередь обеспечила лекарствами конкретных больных на местах. Но теперь нужен следующий шаг – обеспечение клиник.

ИнтерНьюс

Уровни инсулиноподобного фактора роста II предсказывают скорость набора веса у больных сахарным диабетом 2 типа

А.Хэлд (Salford Royal Hospitals University Trust, Великобритания) изучал связь между уровнями инсулиноподобного фактора роста II и набором веса у 224 пациентов с сахарным диабетом 2 типа. За 5 лет наблюдения 40,2% участников набрали более 2 кг. Оказалось, что для лиц без ожирения, с исходным индексом массы тела ниже 26, средние уровни инсулиноподобного фактора роста II при включении в исследование были достоверно ниже у набравших вес по сравнению с теми, чей вес не увеличился: 454 против 620 нг/мл соответственно. Среди этих пациентов повышению уровня инсулиноподобного фактора роста II на каждые 100 нг/мл соответствовало увеличение риска набора не менее 2 кг веса на 47%. Тем не менее, у участников, чей индекс массы тела исходно превышал 26, концентрация инсулиноподобного фактора роста II не предсказывала вероятность будущего набора веса. Эти обратные ассоциации сохранялись и после поправки на вмешивающиеся факторы, в том числе особенности терапии. Определение уровня инсулиноподобного фактора роста II поможет выявить лиц без ожирения, но с повышенным риском набора веса, для своевременного начала профилактики.

Источник: Am. J. Med. 2006;119

Убрать ртуть из нашей жизни

Евросоюз планирует запретить продажу термометров, содержащих ртуть. Запрет будет касаться ртутных термометров для измерения температуры тела, а также комнатных термометров, барометров и приборов для измерения артериального давления. Исключение будет сделано для специального оборудования, в частности, сложных медицинских измерительных приборов, которым на данный момент нельзя найти адекватную замену.

«Данная мера позволит сократить количество токсичной ртути, попадающей с мусором в окружающую среду. Это благотворно скажется на здоровье граждан и экологии», – заявил комиссар ЕС по вопросам промышленности Г. Ферхойген.

Для производства ртутных измерительных и контрольных приборов в странах Евросоюза ежегодно используется от 30 до 33 тонн ртути. Вдыхание паров ртути из разбитого термометра крайне опасно, поскольку приводит к тяжелому отравлению с поражением легких, почек и мозга.

Организации по охране окружающей среды и здоровья граждан приветствуют планируемое ЕС решение. Отмечается, что альтернативные устройства являются достаточно точными, доступны по цене и легки в использовании.

Источник: Reuters

Уровень благосостояния не объясняет различия в выживаемости после инфаркта миокарда у бедных и богатых

Исследование, охватившее 3047 канадцев, которые были госпитализированы с острым инфарктом миокарда в 1999–2003 гг., показало, что доход достоверно и обратно связан с двухлетней смертностью. Умерли 7,1% пациентов из группы высокого дохода (не менее 60000 канадских долларов, или 42680 евро) против 15,3% из группы низкого дохода (менее 30000 канадских долларов, или 21340 евро); отношение рисков 0,45. Однако после поправки на возраст и наличие традиционных факторов риска сила данной ассоциации заметно ослабла и утратила статистическую значимость. Сопутствующие, не сердечно-сосудистые заболевания и качество стационарной медицинской помощи не оказывали заметного эффекта, сообщает Д. Альтер из Institute for Clinical Evaluative Sciences, Торонто, Канада.

Впрочем, Д.Каплан (Школа общественного здоровья, Мичиганский Университет, Ann Arbor) отмечает, что на результаты исследования могло повлиять его выполнение в Канаде, где качественная медицинская помощь доступна и лицам с низким доходом.

Источник: Ann Intern Med 2006;144:82-93

ИнтерНьюс

У больных с депрессией выше риск остановки сердца в амбулаторных условиях

Дж. Эмпана (Hopital Paul Brousse, Villejuif, Франция) проанализировал данные жителей западной части штата Вашингтон, США. Была сопоставлена распространенность депрессии среди 2228 участников в 1980–94 гг., и в случайной выборке из 4164 человек, сопоставимых по возрасту, полу, сердечно-сосудистой патологии в анамнезе (прием дигоксина, нитроглицерина). После анализа медицинской документации были отобраны данные по 1402 лицам с депрессией и 2239 участникам без нее. Оказалось, что при диагностированной врачом депрессии или приеме антидепрессантов в течение предшествующего года остановка сердца регистрировалась в 1,88 раз чаще, чем в группе контроля (327 против 300 случаев). Риск остановки сердца повышался у больных с депрессией в 1,27 и 1,71 раз, соответственно. Кроме того, по сравнению с лицами без депрессии, у пациентов с умеренно выраженной депрессивной симптоматикой риск остановки сердца увеличивался в 1,3 раз, у больных с тяжелой депрессией – в 1,77 раз. Важно отметить, что эта связь сохранялась и после поправки на факторы риска, включая курение, злоупотребление алкоголем, диабет, гипертонию, инфаркт миокарда и застойную сердечную недостаточность в анамнезе. Даже после учета этих вмешивающихся факторов риск остановки сердца при депрессии оставался увеличенным в 1,43 раза.

По мнению авторов, эта связь может объясняться атеросклерозом или нарушением автономной регуляции сердца, симпатико-парасимпатическим дисбалансом, а также плохой приверженностью терапии.

Источник:

Arch Intern Med 2006;
166: 195–200

У лиц молодого и среднего возраста, страдающих депрессией, увеличивается риск развития коронарной патологии

Исследователи из Института Karolinska (Huddinge, Швеция) проанализировали национальную базу данных и сведения обо всех шведах, выписавшихся из стационара в 1987–2001 гг. с депрессией в возрасте 25–64 лет, либо с коронарной патологией в возрасте 25–79 лет. Среди 44 826 людей, впервые госпитализированных с депрессией, у 1916 развилась коронарная патология. Госпитализация по поводу депрессии ассоциировалась с увеличением риска развития коронарной патологии в возрасте 25–39 лет – в 2,97 раз у мужчин и в 3,04 раза у женщин. Поправка на социально-экономические факторы несколько ослабила силу этой связи, а связь между депрессией и коронарной патологией в возрасте 70–79 лет утратила статистическую достоверность. Д-р Джен Сандквист считает, что депрессия может увеличивать риск коронарной патологии за счет влияния на иммунную систему, гипоталамо-гипофизарно-адреналовую систему, гемокоагуляцию и дисфункцию эндотелия. Важно относиться к депрессии как к дополнительному и независимому фактору индивидуального риска коронарной патологии. При клинически выраженной депрессии необходим не просто короткий курс терапии, но и поддерживающая терапия для профилактики рецидивов.

Источник:

Med 2005; 29: 428–33

ПРОТОКОЛ ПЛЕНАРНОГО ЗАСЕДАНИЯ МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ от 28.09.2005 г.

Председатель: академик А.И. Воробьев

Секретарь: к.м.н. Е.Н. Кочина

Повестка дня:

Проф. В.Е. Ноников (Центральная клиническая больница Медицинского центра Управления делами Президента России). **Современная антибактериальная терапия.**

1. Клиническая демонстрация случая длительной антибактериальной терапии при пневмонии.

Эра антибиотиков характеризуется идентификацией ранее неизвестных микроорганизмов, созданием большого количества антибактериальных препаратов. Расходы на антибактериальные препараты весьма значительны, что определяет актуальность изучения эффективных схем лечения, особенно в условиях возрастающей резистентности бактерий к антибиотикам. В 2001 г. сформулирован принцип так называемой ступенчатой (step-down) антибактериальной терапии. При использовании этой методики лечение начинается с внутривенного (или внутримышечного) применения антибиотика. При достижении клинического эффекта (обычно через 2–3 суток), когда парентеральная антибактериальная терапия обеспечила улучшение состояния больного, сопровождающееся снижением или нормализацией температуры тела, уменьшением лейкоцитоза, возможен переход на пероральное применение антибактериальных средств, если предполагается хорошая всасываемость. На этапе пероральной терапии предпочтительными являются препараты, которые можно применять 1–2 раза в сутки. При ступенчатой терапии на всех ее этапах может использоваться один и тот же антибиотик (монотерапия), препараты из одной группы (когда один применяется парентерально, а второй – перорально) или последовательная терапия антибиотиками разных групп, но одинакового спектра действия.

На основании литературных данных и собственного многолетнего опыта рассмотрены программы антибактериальной терапии пневмоний, сепсиса, ряда других заболеваний инфекционной природы. Проанализированы данные об эпидемиологии микоплазменной и хламидийной инфекций в Москве, частоте использования различных антибактериальных средств в амбулаторной практике и в многопрофильном стационаре, сведения о частоте выделения микроорганизмов из различных биосред в одной из крупнейших московских больниц и тенденциях резистентности к антибиотикам.

Вопросы докладчику:

Вопрос: Есть ли экспресс-методы определения чувствительности микробной флоры к антибиотикам?

Ответ: При пневмониях ориентироваться можно на окраску мазка по Грамму, однако при микроскопии не выявляются внутриклеточные агенты (микоплазма, хламидии, легионелла). Посев мокроты займет четверо суток. К экспресс-методикам можно отнести лишь определение в моче антигена легионеллы (чувствительность метода 95%), но это

ПРОТОКОЛЫ МГНОТ

исследование пока не получило широкого распространения. Поэтому почти всегда выбор антибиотика первого ряда осуществляется эмпирически;

Вопрос: Как лечится туляремия?

Ответ: Стрептомицин 1 г в сутки или гентамицин 5 мг/кг в сутки в течение 10 дней. Болезнь редкая, резистентных штаммов не будет.

Вопрос: Как долго лечить пневмонию в амбулаторных условиях?

Ответ: Антибиотик не снимает воспаление, он убивает микроб. Если нет лихорадки, гнойной мокроты, лейкоцитоза с палочкоядерным сдвигом, то дайте дезагреганты, противовоспалительные препараты.

Вопрос: Остается ли метронидазол препаратом выбора для хирургов?

Ответ: Метронидазол оптимален для лечения анаэробной инфекции, поэтому применение в абдоминальной хирургии оправдано. Есть работы, которые показывают, что метронидазол улучшает проникновение других антибактериальных препаратов в клетку

Обсуждение:

Е.Е. Гогин: Из-за массивного применения антибиотиков мы чаще видим нетипичное течение пневмоний. Пневмококк исчез из крупных городов. Раньше чаще встречалась крупозная пневмония, а теперь редко – в армии, отдаленных районах. Сейчас большинство случаев – интерстициальные пневмонии.

Заключение председателя:

Мы живем в эру антибиотиков. Вся патология была описана до антибиотиков. Антибиотики оборвали остроту пневмоний. Крупозная пневмония – это прежде всего потрясающий озноб, одышка, кашель короткий отрезок времени сухой, дальше, как говорил Кассирский – симптом «полотенца» (больной кашлянул – в мокроте кровь). Когда появились сульфаниламиды, а затем антибиотики, пневмонии изменили свою характеристику. Крупозная пневмония редка, но очень агрессивна. В казармах она заразна, высок процент смертей. Пневмококк под влиянием нашей антибиотической агрессии менялся. Пневмококковый сепсис, в отличие от золотистого стафилококка, дает высокий процент смертей. Он аклиничен. При не очень высокой температуре (38–39°C) больной пикнует в септическую энцефалопатию, полиорганную недостаточность. Наш костный мозг содержит тридцатикратный запас гранулоцитов по сравнению с тем, что циркулирует в крови. Если 35% палочек в крови, это значит, что костный мозг весь резерв вышвырнул наружу и вы разрушили их в этой воспаленной доле легкого. Конечно, в крови около килограмма живой массы нейтрофилов. Отсюда и тяжелая энцефалопатия, и ДВС-синдром с геморрагическим гастритом, затем – встали почки. Это тяжелейший сепсис. Протеолитические ферменты распадающихся лейкоцитов дают токсический шок. На инфекцию бывает тромбоцитоз. А если вы получили тромбоцитопению, то это – тромбоцитопения потребления – септический ДВС-синдром.

Я хочу поблагодарить Владимира Евгеньевича за доклад и прошу обсудить антибиотическую терапию пневмоний на отдельном заседании общества.



ОЧЕРКИ ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ ТРАНСФУЗИОЛОГИИ

Под ред. Воробьева А.И.

Издательство Ньюдиамед

2006 г.

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

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

ШАМОВ ИБРАГИМ АХМЕДХАНОВИЧ

Лауреат Государственной премии СССР и РД по науке, член Международного Центра Здоровья, Права и Этики и эксперт ЮНЕСКО по биоэтике, Заслуженный деятель науки Российской Федерации и Республики Дагестан, Народный и Заслуженный врач Республики Дагестан, член Союза писателей России, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней Даггосмедакадемии, доктор медицинских наук, профессор.

Получил № 9 (26) – первый для меня – Вашего «вестника». Очень Вам благодарен. В «вестнике» много интересного. Особенно мне понравилась статья «берегитесь учебников!» – о наступлении лженауки на науку и ее претензии «на передовой край» мысли и т.д. рад, что МГНОТ твердо держится позиций истинной науки и активно выступает против размножающихся ныне с ужасающей быстротой, к сожалению, в том числе и среди медиков, шарлатанов от науки.

С удовольствием буду читать Ваши следующие номера.

Ваш И.А. Шамов

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 ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

1. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА

Категория возрастная: взрослые, дети

Нозологическая форма: Детский церебральный паралич

Код по МКБ-10: G80

Стадия: любая

Осложнение: вне зависимости от осложнений

Условие оказания: амбулаторно-поликлиническая помощь

Приложение
к приказу Министерства
здравоохранения и социального развития
Российской Федерации
от 29 ноября 2004 г. № 288

1.1. ДИАГНОСТИКА

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.23.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии центральной нервной системы и головного мозга	1	1
A01.23.002	Визуальное исследование при патологии центральной нервной системы и головного мозга	1	1
A01.23.003	Пальпация при патологии центральной нервной системы и головного мозга	1	1
A01.23.004	Исследования чувствительной и двигательной сферы при патологии центральной нервной системы и головного мозга	1	1
A05.23.001	Электроэнцефалография	1	1
A04.23.001	Ультразвуковое исследование головного мозга	1	1
A05.02.001	Электромиография	1	1
B01.050.03	Прием (осмотр, консультация) врача-ортопеда первичный	1	1
B01.035.03	Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра первичный	1	1
B01.006.03	Прием (осмотр, консультация) врача-генетика	1	1
B01.029.01	Прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога первичный	1	1
B01.031.01	Прием (осмотр, консультация) врача-педиатра первичный	1	1
A06.03.006	Рентгенография всего черепа, в одной или более проекциях	0,1	1
A06.03.012	Рентгенография шейно-дорсального отдела позвоночника	0,1	1
A06.03.017	Рентгенография пояснично-крестцового отдела позвоночника	0,1	1
A06.03.030	Рентгенография всего таза	0,1	1
A05.23.002	Ядерно-магнитное резонансное исследование центральной нервной системы и головного мозга	0,001	1
A06.23.004	Компьютерная томография головы с контрастированием структур головного мозга	0,001	1

1.2. ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА 1 МЕСЯЦ

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.23.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии центральной нервной системы и головного мозга	1	1
A01.23.002	Визуальное исследование при патологии центральной нервной системы и головного мозга	1	1
A01.23.003	Пальпация при патологии центральной нервной системы и головного мозга	1	1
A01.23.004	Исследования чувствительной и двигательной сферы при патологии центральной нервной системы и головного мозга	1	1
A19.31.004	Лечебная гимнастика при заболеваниях и травмах центральной нервной системы у детей	1	20
A21.23.001	Массаж при заболеваниях центральной нервной системы	1	20
A20.24.002	Парафинотерапия заболеваний периферической нервной системы	1	10
A17.23.001	Электрофорез лекарственных средств при болезнях центральной нервной системы и головного мозга	0,2	10
A25.23.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга	1	1
A25.23.002	Назначение диетической терапии при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга	1	1
A25.23.003	Назначение лечебно-оздоровительного режима при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга	1	1
B01.023.01	Прием (осмотр, консультация) врача-невропатолога первичный	1	1
B01.020.01	Прием (осмотр, консультация) врача лечебной физкультуры	1	2
B01.054.01	Осмотр (консультация) врача-физиотерапевта	1	1
A23.31.001	Пособие по подбору ортопедических стелек	1	1
A23.31.002	Пособие по подбору ортопедической обуви	1	1
B01.050.04	Прием (осмотр, консультация) врача-ортопеда повторный	0,5	1
A13.30.001	Патопсихологическое обследование	0,5	1
A13.30.003	Психологическая адаптация	1	1
A13.30.004	Терапия средой	0,5	1
A21.23.002	Рефлексотерапия при заболеваниях центральной нервной системы	0,2	10
A13.30.005	Психотерапия	1	1
A17.31.018	Воздействие электрическим полем УВЧ (э.п. УВЧ)	0,05	8
A17.31.005	Воздействие синусоидальными модулированными токами (СМТ)	0,8	10
A17.31.020	Воздействие магнитными полями (магнитотерапия)	0,6	10

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД**	ЭКД***
Анестетики, миорелаксанты			0,5		
	<i>Миорелаксанты</i>		1		
		Ботулинистический токсин	1	100 ЕД	100 ЕД
Средства для лечения заболеваний почек и мочевыводящих путей			0,5		
	<i>Диуретики</i>		1		
		Ацетазоламид	1	625 мг	2187,5 мг
Средства, влияющие на центральную нервную систему			0,1		
	<i>Противосудорожные средства</i>		1		
		Вальпроевая кислота	1	100 мг	3000 мг
Прочие средства, влияющие на центральную нервную систему			0,3		
	<i>Психостимуляторы и ноотропы</i>		1		
		Пирацетам	1	400 мг	12000 мг

* — анатомо-терапевтическо-химическая классификация.

** — ориентировочная дневная доза.

*** — эквивалентная курсовая доза.

СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ЭКЗЕМОЙ ДИСГИДРОТИЧЕСКОЙ

1. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА

Категория возрастная: дети, взрослые

Нозологическая форма: экзема дисгидротическая

Код по МКБ-10: L30.1

Фаза: острое состояние

Стадия: нет

Осложнение: любые

Условие оказания: амбулаторно-поликлиническая помощь

Приложение
к приказу Министерства
здравоохранения и социального развития
Российской Федерации
от 11 февраля 2005 г. № 128

1.1. ДИАГНОСТИКА

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.01.001	Сбор анамнеза и жалоб в дерматологии	1	1
A01.01.002	Визуальное исследование в дерматологии	1	1
A03.01.001	Осмотр кожи под увеличением (дерматоскопия)	1	1
B01.004.01	Прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога первичный	0,5	1
B01.023.01	Прием (осмотр, консультация) врача-невропатолога первичный	0,5	1
A08.01.001	Морфологическое (гистологическое) исследование препарата кожи	0,01	1
A09.01.001	Микроскопия соскоба с кожи	0,01	1
A09.01.002	Исследование отделяемого высыпных элементов кожи на чувствительность к антибактериальным и противогрибковым средствам	0,01	1

1.2. ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА 14 ДНЕЙ

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.01.001	Сбор анамнеза и жалоб в дерматологии	1	1
A01.01.002	Визуальное исследование в дерматологии	1	1
A03.01.001	Осмотр кожи под увеличением (дерматоскопия)	1	1
B01.004.01	Прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога первичный	0,5	1
B01.023.01	Прием (осмотр, консультация) врача-невропатолога первичный	0,5	1
A25.01.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях кожи, подкожно-жировой клетчатки, придатков кожи	1	1
A25.01.002	Назначение диетической терапии при заболеваниях кожи, подкожно-жировой клетчатки, придатков кожи	1	1
A25.01.003	Назначение лечебно-оздоровительного режима при заболеваниях кожи, подкожно-жировой клетчатки, придатков кожи	1	1

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД**	ЭКД***
Средства для лечения аллергических реакций			1		
	<i>Антигистаминные средства</i>		1		
		Мекгидролин	0,3	200 мг	2 800 мг
		Хлоропирамин	0,3	50 мг	700 мг
		Лоратадин	0,3	10 мг	100 мг
Гормоны и средства, влияющие на эндокринную систему			0,4		
	<i>Неполовые гормоны, синтетические субстанции и антигормоны</i>		1		
		Преднизолон		25 мг	350 мг

* — анатомо-терапевтико-химическая классификация.

** — ориентировочная дневная доза.

*** — эквивалентная курсовая доза.

Как получить нашу газету? БЕСПЛАТНО!

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

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

Купон высылайте в конверте по адресу:

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

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

ВРЕМЕННОЕ ПОЛОЖЕНИЕ О ПОРЯДКЕ ФОРМИРОВАНИЯ НЕГАТИВНОГО ПЕРЕЧНЯ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ (выдержка)

Негативный перечень включает в себя медицинские технологии, применение которых нецелесообразно или не рекомендовано на территории РФ, так как:

- Убедительно доказана их неэффективность по определенным показаниям;
- Длительно находятся в обороте и их эффективность не была убедительно доказана;
- Применение сопряжено с существенным вредом, не соответствующим той пользе, которая известна;
- Применение, сопряжено с особыми эффектами (привыканием, и др.), опасность которых сочетается с минимальной эффективностью.

Медицинские технологии из Негативного перечня не рекомендованы к включению в программы финансирования медицинской помощи за государственный счет или из иных общественных фондов.

Негативный перечень используется для обоснования отказа во включении медицинских технологий в документы, регулирующие объемы и качество оказания медицинской помощи: Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, формуляры лекарственных средств для лечения наиболее распространенных заболеваний в субъектах Российской Федерации, Федеральное руководство по использованию лекарственных средств, протоколы ведения больных, стандарты медицинской помощи, иные нормативные документы системы здравоохранения.

Цель настоящего положения – создание единого порядка и принципов формирования Негативного перечня медицинских технологий (далее по тексту Негативный перечень).

Настоящее положение направлено на решение следующих задач:

- а) формирование порядка проведения экспертизы медицинских технологий на предмет включения в Негативный перечень;
- б) выработка критериев оценки медицинских технологий для включения в Негативный перечень;
- в) формирование Негативного перечня и систематический его пересмотр;
- г) создание условий для прекращения использования не рекомендованных медицинских технологий.

НЕГАТИВНЫЙ ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ ФОРМУЛЯРНОГО КОМИТЕТА

Наименование медицинской технологии (лекарственного средства, изделия медицинского назначения, медицинской техники)	Не рекомендован к медицинскому применению, комментарий
Азаметония бромид	Для планового лечения артериальной гипертонии
Алоэ экстракт	Для лечения гастроэнтерологических заболеваний
Алтеплаза	После спинномозговой пункции
Аминокaproновая кислота	При геморрагическом инсульте
Ампициллин + оксациллин	Малоэффективное антибактериальное средство
Апрофен	Для лечения гастроэнтерологических заболеваний
Арпенал	Для лечения гастроэнтерологических заболеваний
Бендазол	Для лечения гастроэнтерологических заболеваний
Биологически активные добавки	Для лечения всех заболеваний
Бутилированный гидрокситолуол	Для лечения гастроэнтерологических заболеваний
Ганглевен	Для лечения гастроэнтерологических заболеваний
Гексаметония бензосульфат	Для лечения гастроэнтерологических заболеваний
Глутоксим	Для лечения гастроэнтерологических заболеваний
Гриба фузариум биомасса	Для лечения гастроэнтерологических заболеваний
Гуанетидин	Для планового лечения артериальной гипертонии
Дезоксирибонуклеат натрия	Для лечения ревматоидного артрита
Диизопропилламин	Для лечения гастроэнтерологических заболеваний
Димекалония йодид	Для лечения гастроэнтерологических заболеваний
Дифенгидрамин	Для лечения гастроэнтерологических заболеваний
Дифенилтропин	Для лечения гастроэнтерологических заболеваний
Дицикловерин	Для лечения гастроэнтерологических заболеваний
Инозин (Рибоксин)	Для лечения заболеваний сердца
Кватерон	Для лечения гастроэнтерологических заболеваний
Келлин	Для лечения гастроэнтерологических заболеваний
Клонидин	Для планового лечения артериальной гипертонии
Менадиона натрия бисульфит	При геморрагическом инсульте
Метамизол натрия	При лихорадке
Мизопростол	Для лечения гастроэнтерологических заболеваний
Митилурацил	Для лечения гастроэнтерологических заболеваний
Настойка боярышника	Для лечения сердечно-сосудистых заболеваний
Пемпидин	Для лечения гастроэнтерологических заболеваний
Поливинокс	Для лечения гастроэнтерологических заболеваний
Полиоксидоний	Для лечения ревматоидного артрита
Преднизолон	• При лихорадке любого генеза • Для увеличения числа лейкоцитов крови
Раувольфия	Для лечения артериальной гипертонии
Резерпин	Для планового лечения артериальной гипертонии
Резерпин + дигидралазин	Для планового лечения артериальной гипертонии
Сирепар	Для лечения гастроэнтерологических заболеваний
Солкосерил	Для лечения гастроэнтерологических заболеваний
Стрихнина нитрат	Для лечения всех заболеваний
Строфантин	Для лечения острой сердечной недостаточности
Сульфатацетамид	В офтальмологии
Трифосаденин	Для лечения всех заболеваний, кроме пароксизмальной наджелудочковой тахикардии (только в/в введение)
Фемипентол	Для лечения гастроэнтерологических заболеваний
Феникарберан	Для лечения гастроэнтерологических заболеваний
Фенилбутазон	Для применения в качестве противовоспалительного средства
Флакозид	Для лечения гастроэнтерологических заболеваний
Фибрин	При геморрагическом инсульте
Фуброгония йодид	Для лечения гастроэнтерологических заболеваний
Хинидин	Для лечения мерцательной аритмии
Хлорид кальция	При геморрагическом инсульте
Хлорозил	Для лечения гастроэнтерологических заболеваний
Цизаприд	Для лечения гастроэнтерологических заболеваний
Циметидин	Для лечения гастроэнтерологических заболеваний
Этадем	Для лечения гастроэнтерологических заболеваний
Этамзилат	При геморрагическом инсульте
Этпенал	Для лечения гастроэнтерологических заболеваний

ИнтерНьюс

Статины должны назначаться пациентам с клиническими проявлениями сердечно-сосудистых заболеваний и лицам с 10-летним риском развития сердечно-сосудистой патологии

Институт NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) проанализировал данные по назначению пяти зарегистрированных в Великобритании статинов: аторвастатина, флувастатина, правастатина, росувастатина и симвастатина. Было принято решение, что если статинотерапия показана данному больному, выбор того или иного препарата определяется необходимой суточной дозой и стоимостью лекарства.

Сердечно-сосудистые заболевания являются ведущей причиной смерти в Великобритании, в 2002 г. с ними было связано почти 238000 смертей, из которых до 67000 приходилось на долю лиц моложе 75 лет. В настоящее время 1,8 миллионов британцев получают статины. По мнению Д.Барнета, главы подготовившего рекомендации комитета NICE, теперь, при расширении показаний к терапии статинами, их смогут получить дополнительно 3,3 миллиона людей. Кроме того, он подчеркнул, что руководство освещает и другие подходы к снижению риска сердечно-сосудистых заболеваний – прекращение курения и прочие изменения образа жизни, о которых также не следует забывать.

Источник: NICE

Развивать Wi-Fi запретили из-за риска для здоровья

Руководство Университета Лэйкхэд, расположенного в канадском городе Онтарио, на днях запретило ставить новые точки доступа Wi-Fi (стандарт беспроводной передачи данных от компьютеров в сеть Интернет) на территории университета из-за возможного риска для здоровья студентов. Сейчас в университете использование Wi-Fi очень ограничено. По мнению ректора университета Фреда Гилберта (Fred Gilbert), влияние электромагнитного излучения на человека пока до конца не изучено. «Некоторые исследования, – утверждает Гилберт, – показывают, что есть связь между риском возникновения злокачественных опухолей и интенсивным электромагнитным излучением, особенно возле точек доступа Wi-Fi». Р. Брэдли, глава отдела по изучению электромагнитных излучений канадского управления здравоохранения, заявил, что опасения Гилберта преувеличены. «Мы уверены, что нет никаких доказательств воздействия беспроводных технологий связи на человека», – сказал он.

Источник: gazeta.ru

Несколько капель крови вместо ЯМР для определения степени повреждения мозга

Учёные из медицинского университета Флориды, Гейнесвилл, США, разработали новый тест, позволяющий выявить фрагменты разрушенных клеток мозга, которые попадают в кровоток при травмах. Доктор Г.Шоу считает, что можно легко обнаружить выброс аксонального белка в кровяное русло. Это даёт возможность быстро выявить, есть ли у жертвы несчастного случая серьёзные повреждения головного или спинного мозга, без применения магнитно-резонансной томографии, рентгенографии. Метод помогает обнаружить такие болезни, как боковой амиотрофический склероз, рассеянный склероз, болезнь Альцгеймера, на ранней, досимптоматической стадии. Белок головного мозга под названием NF-H легко обнаруживается в крови крыс после экспериментального повреждения головного или спинного мозга. Этот белок обнаружен только в аксонах. Использование методики может облегчить диагностику таких повреждений в клинике и вне её. В случае пациентов, находящихся в бессознательном состоянии, но не имеющих проникающих ранений головы, метод может быть незаменим для быстрого установления тяжести повреждения и оптимальных способов его лечения. Его можно использовать даже на поле боя при тяжёлых контузиях.

Источник: Vertigo.ru

ИнтерНьюс

Проживающие на селе пожилые мужчины не обращались за медицинской помощью ни разу в 44,8%, а женщины в 65% случаев, сообщает И.А. Гехт

В настоящее время в России проживает более 30 млн пожилых людей; одна из характерных черт старения населения России – быстрый рост популяции людей старше 80 лет. Доля 80-летних в общей численности населения растет быстрее, чем доля 60-летних. Видимость, что наши поликлиники заполнены пожилыми пациентами, создают одни и те же пенсионеры, большинство из которых имеют право на льготное обеспечение лекарствами, именно у них высокая кратность обращений. В действительности картина обращаемости пожилых к врачам, особенно на селе, тревожная. Одинокие престарелые заканчивают свой жизненный путь в больнице лишь в 7%, остальные дома (для сравнения – в Дании 82% пожилых умирает в больницах).

Источник:

Клиническая геронтология, №4, 2006.

Депрессия передается от матери к ребенку

Но, если мать успешно вылечилась от депрессии, риск психических заболеваний у ребенка значительно снижается. М. Вейсман считает, что нужно прилагать все усилия, что вылечить депрессию у матери, ведь заболевание всегда затрагивает и ребенка. В возникновении депрессии играют роль и гены, и окружающая среда. Болезнь родителя – это фактор, который очень сильно влияет на ребенка. Ученые обследовали женщин, страдающих депрессией, и их детей в возрасте от 7 до 17 лет. Исследование длилось с 2001 по 2004 год. Изначально 30% детей имели те или иные психические проблемы (тревожные расстройства, депрессия, нарушения поведения). В течение 3 месяцев матерей лечили от депрессии. Примерно в 30% случаев лечение было успешным. У детей успешно пролеченных женщин распространенность психических проблем уменьшилась на 11%. Среди тех детей, чьи матери не стало лучше, распространенность психических расстройств увеличилась на 8%.

Исследователи также заметили, что депрессия у матери влияет на всю семью. Некоторые организации, помогающие женщинам с послеродовой депрессией, заменили термин «послеродовая депрессия» на «послеродовое заболевание». Многие женщины считают, что термин «депрессия» описывает то, что с ними происходит, хуже, чем термин «заболевание».

Источник:

«Archives of General Psychiatry»

Трансплантация поможет при муковисцидозе

Sanko-Resmer J. из Института трансплантологии Медицинского Университета Варшавы сообщает о первой успешной пересадке печени 29-летнему больному муковисцидозом. Трансплантация произведена в сентябре 2004 года от донора – 42-летней женщины, погибшей от разорвавшейся аневризмы головного мозга. Через 6 месяцев после пересадки отмечается улучшение нутритивного статуса, легочных функций и качества жизни.

Источник:

Transplant Proc. 2006 Jan-Feb; 38(1): 212-4

ВРЕМЕННОЕ ПОЛОЖЕНИЕ О ПОРЯДКЕ ФОРМИРОВАНИЯ ПЕРЕЧНЯ РЕДКО ПРИМЕНЯЕМЫХ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ (выдержка)

Настоящее Положение создано с целью формирования Перечня редко применяемых медицинских технологий (лекарственных средств, изделий медицинского назначения, медицинской техники) и направлено на создания единого порядка формирования Перечня редко применяемых («сиротских») медицинских технологий (далее – Перечня); определение критериев редко применяемых («сиротских») медицинских технологий для включения в Перечень; определение порядка экспертизы отнесения медицинских технологий к категории редко применяемых («сиротских»); нормативное регулирование механизма обеспечения редко применяемыми медицинскими технологиями, включенными в Перечень, отдельных больных.

Медицинские технологии, отнесенные к разряду редко применяемых, должны:

а) иметь высокий уровень доказательств эффективности и жизненной необходимости (для лекарственных средств – без применения их, по мнению экспертов, при угрожающих жизни заболеваниях и синдромах наступит прогрессирование заболевания или появится ухудшение его течения, осложнения или наступит смерть пациента);

б) редко применяться. Редко применяемая медицинская технология – медицинская технология, которая используется или должна использоваться менее чем у 10 000 человек в Российской Федерации.

ПЕРЕЧЕНЬ РЕДКО ПРИМЕНЯЕМЫХ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ ФОРМУЛЯРНОГО КОМИТЕТА

Наименование медицинской технологии (лекарственного средства, изделия медицинского назначения, медицинской техники)	Показания к применению, условия применения, комментарий
Альфа1-антитрипсин	Панаинарная эмфизема легких
Аргинат гемма	Для лечения порфирии
Атропин (глазные капли 0,3%)	В педиатрии
Ауротиомалат (тауредон) натрия и другие соли золота для парентерального применения	Для лечения ревматоидного артрита
Галактоза (Левовист)	Для усиления контрастности и улучшения качества ультразвукового изображения за счет более четкой регистрации изменения параметров кровотока
Диазоксид (Прогликем)	Гиперинсулинемическая гипогликемия
Диафенилсульфон (Дапсон)	Для лечения лепры
Имиглугераза (Церезим)	Для лечения болезни Гоше
Искусственная слеза (Дефислез), глазные капли без консерванта	Для лечения сухого кератоконъюнктивита
Кортикотропин-рилизинг гормон (Кортиколиберин)	Диагностика вторичного гипокортицизма и дифференциальная диагностика гиперкортицизма (болезнь Иценко-Кушинга)
Леводопа (20 мг) + карбидопа (5 мг) (Дуодопа), гель для интестинального введения с индивидуальной дозирующей помпой	Для лечения поздних стадий болезни Паркинсона
Лизодрен (Митотан)	В терапии аденокортикального рака
Редукто специал	Гиперкальциемия, гипофосфатемический рахит, оксалатные мочевые камни
Синактен (Тетракозактид)	Для проведения стимуляционных проб у больных с подозрением на первичную хроническую надпочечниковую недостаточность и врожденную дисфункцию коры надпочечников
Талидомид	Для лечения лимфопролиферативных опухолей
Тиротропин альфа (рекомбинантный человеческий ТТГ, Тироген)	При сканировании для остаточной ткани щитовидной железы после тиреоидэктомии по поводу высокодифференцированного рака щитовидной железы
Фильтровальные полоски для пробы Ширмера	Диагностика сухого глаза
Флуконазол <ul style="list-style-type: none"> • глазные капли 0,2% • глазная мазь 0,2% 	<ul style="list-style-type: none"> • для лечения грибковых кератитов и конъюнктивитов • для лечения грибковых блефаритов
Хинин	Для лечения малярии
Хинидин	Для лечения малярии
Хлористый натрий (глазные капли 5%)	Для лечения отека роговицы

КЛИНИЧЕСКИЙ РАЗБОР

Больная П., 68 лет, находилась в стационаре с 15.02 по 20.04.06. Доставлена скорой медицинской помощью с подозрением на желудочно-кишечное кровотечение в тяжелом состоянии. За 2 месяца до этого сломала шейку левой

бедренной кости, оперативное лечение не проводилось. В последний месяц стали отмечаться подъемы температуры тела до 39°C с ознобами, ухудшение состояния последние 5–6 дней, когда появились кашель с гнойной мокротой, в последующем кровохарканье, одышка.

В статусе обращала внимание одышка 20 в минуту, низкое АД – 95/65 мм. рт. ст., небольшая отечность голеней, больше слева. В анализе крови от 16.02.06 анемия (эритроциты – $2,4 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 88 г/л, МСН – 34,8 пг, ретикулоциты – 28%), тромбоцитоз и лейкоцитоз ($667 \times 10^9/л$, и $10,3 \times 10^9/л$ соответственно), без сдвига влево: палочек 1%, сегментоядерных – 56%. РОЭ 68 мм/ч. Биохимическое исследование крови и общий анализ мочи без существенных изменений.

В мокроте от 20.02.06.: лейкоциты – густо покрывают все поле зрения, атипичных клеток, бактерий Коха не обнаружено.

При рентгенографии органов грудной клетки, 15.02.06. обнаружена гигантская полость с неравномерным, фестончатым внутренним контуром, занимающая всю верхнюю долю левого легкого. Средостение смещено вправо.

При гастроскопии от 16.02.06 данных за кровотечение из эрозий желудка не отмечено. На ЭКГ от 15.02.06 отклонение электрической оси сердца влево. Блокада передней ветви левой ножки и неполная блокада правой ножки пучка Гиса.

Полость распада в легком была расценена как возможное следствие паразитарной кисты или туберкулеза легких или опухоли или тромбоэмболии легочной артерии. Из-за тяжести состояния всестороннее обследование больной произведено не было. Был исключен туберкулезный процесс, паразитарная инвазия. При бронхоскопии 20.03.06. специфических изменений не выявлено, в полученном биопсийном материале признаки воспалительной реакции, данных за опухолевый рост нет. При компьютерной томографии легких от 13.04.06. в заднем сегменте верхней доли левого легкого определялась полость, заполненная воздухом, размерами $7,4 \times 8,0 \times 4,0$ см, с неравномерно утолщенными стенками, рядом выявляется расширенный дренирующий бронх, прилежащая паренхима фиброзно изменена.

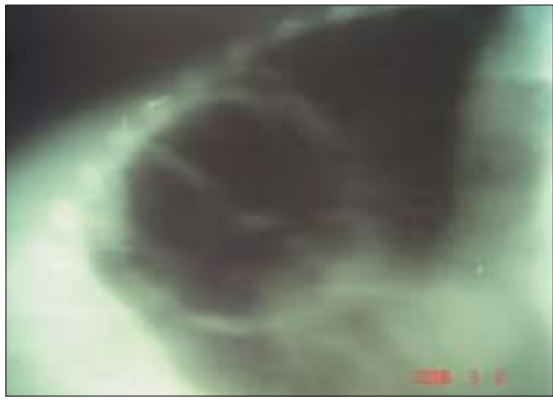
Таким образом, данных за туберкулез легких и опухолевый процесс не получено, следовательно,

Продолжение на стр. 9

Начало на стр. 8 ➔

вероятным представляется развитие тромбоза левой артерии с последующим распадом. Это предположение дополнительно подкреплялось обнаружением при УЗИ окклюзирующего тромбоза вен левой нижней конечности, нижняя полая вена до слияния с верхней полой веной расширена.

Проводилась терапия антибиотиками, дезинтоксикация, в начале — гемостатиками (аминокапроновая кислота, этамзилат натрия, викасол), а затем, после определения тромбоза — гепарином, свежемороженой плазмой.



На фоне проводимого лечения уменьшилась интоксикация, одышка, кровохарканье прекратилось, больная стала активнее, отечность левой нижней конечности уменьшилась, по данным УЗИ 23.04.06. пристеночный кровоток восстановился. Отмечена положительная динамика в гемограмме: гемоглобин повысился до 100 г/л, снизилось количество палочкоядерных нейтрофилов до 17% и РОЭ до 14 мм/ч.

При повторной бронхоскопии и рентгенографии существенной динамики не отмечено. Больная выписана в удовлетворительном состоянии.

Э. Мирзалиева
Клинический ординатор
кафедры гематологии
и гериатрии ФППОВ ММА
им. И.М. Сеченова

Автономия — фундаментальное понятие геронтологии, свидетельствующее о достаточности функциональных резервов пожилого человека для самостоятельного выбора условий повседневной жизни и успешной адаптации к ним. Диагностика и терапевтическое воздействие в геронтологии предусматривают адекватную коррекцию функциональных и патологических состояний, определяющих автономию.



Острое и прогрессирующее нарушение автономии в геронтологической практике (рекомендации)

Г. Некрич.
Геронтологический центр ОЗЕ.
Париж. Франция

Острое прогрессирующее нарушение автономии у пожилых пациентов часто имеет самостоятельную клиническую манифестацию, резюмирующую и маскирующую полиморфные функциональные и патологические нарушения. Для срочной и адекватной терапии, предупреждающей необратимое нарушение автономии у пожилых людей, желателен соблюдать некоторые профессиональные алгоритмы, базирующиеся на клиническом опыте, накопленном в гериатрических центрах.

Состояние здоровья любого пациента определяется в основном наличием признаков заболевания. При оценке состояния здоровья пожилых людей уместно дополнять это определение характеристик функционального соответствия необходимым актам повседневной жизни и степенью нарушения автономии. Диагностика в геронтологии имеет двойную цель:

1. выявление функциональной недостаточности (вследствие соматической патологии или нарушения психосоциального статуса), ведущей к дезадаптации в повседневной жизни, возникновению зависимости и потере автономии;

2. выбор терапевтической стратегии для улучшения или сохранения функциональных возможностей в условиях максимально возможного сокращения терапевтических актов, не соответствующих клинической ситуации, и уменьшения риска возникновения зависимости и потери автономии.

Таким образом, оценка функциональной недостаточности у пожилого человека тесно связана с такими медико-социальными понятиями, как зависимость и автономия. На этих же понятиях основаны показания к социальным дотациям. Степень нарушения автономии у пожилых людей определяется специалистом-гериатром, по стандартной шкале AGGIR (Autonomie Gйrontologique Groupes Iso-Resources), базирующейся на основных фрагментах классификации функциональных возможностей пожилого человека в повседневной жизни IADL.

Во Франции каждый пожилой человек (старше 65 лет) со стойким нарушением автономии получает персональную денежную компенсацию в зависимости от степени нарушения автономии (никак не связанную с пенсионным обеспечением или пособием по инвалидности).

Зависимость — состояние ограничения и подчинения — ситуация, при которой анатомическая недостаточность или психофизиологические изменения не позволяют выполнять основные повседневные действия без дополнительной компенсаторной помощи (семейное или профессиональное окружение,

аппарат, протез). В геронтологии наблюдается физическая, психическая и социальная зависимость.

Автономия — способность человека руководить самим собой, самостоятельно выбирая цель, а также средства и обстоятельства для ее достижения. Это динамическое качество, — способность человека найти свое персональное равновесие среди актов повседневной жизни, которые он сам сознательно выбирает. Человек может быть зависимым в некоторых актах повседневной жизни, но полностью автономным, если он рационально выбирает обстоятельства и средства для выполнения намеченной цели, компенсируя функциональную недостаточность. Автономия является одной из фундаментальных гуманитарных ценностей в жизни любого человека, но особое значение она приобретает с наступлением старости, сопровождаемой разностепенной психосоматической нестабильностью.

Изменение социального статуса, патерналистская (часто достаточно агрессивная) реакция окружающего общества вызывает у пожилого пациента постоянную негативную реакцию, усугубляя функциональную хрупкость в группе повышенного риска. Любой внутренний или внешний провоцирующий агент может вызвать серьезное нарушение здоровья пожилого пациента, часто без выраженной диагностической ориентации. Принципиальной клинической манифестацией нездоровья в этих случаях является частичная или полная потеря автономии.

Эта, весьма распространенная в гериатрической практике ситуация всегда кризисная, как для пациента и его окружения, так и для профессионалов. Чаще всего такие пациенты первично обращаются в отделения неотложной помощи лечебных учреждений, не специализированных на гериатрическую диагностику, где, в ряде случаев, промедление и неадекватная терапевтическая тактика приводят к развитию множественных взаимосвязанных осложнений по типу «каскада». Длительное время подобная ситуация является типичной «болевым точкой» госпитальной базы. В настоящее время консультации «неясных» в диагностическом плане пожилых пациентов с потерей автономии являются прерогативой гериатров.

Ниже предлагаются практические рекомендации из клинического опыта диагностического геронтологического центра ОЗЕ (использована также информация из практических руководств по геронтологии, составленных большими авторскими коллективами — гериатрами, практикующими в различных французских геронтологических учреждениях).

Острое снижение автономии у пожилых пациентов может резюмировать симптоматику множественных заболеваний. Необходимо как можно более раннее и подробное клиническое обследование пациента, весьма желательное — в присутствии родственников или профессионалов, поддерживающих пациента на дому.

Пожилые пациенты в течение нескольких дней, иногда часов становятся вялыми, адинамичными, перестают есть, но при этом нет никаких признаков респираторного, кардиоваскулярного или невропсихического заболевания. Прежде всего следует исключить токсические агенты и острую соматическую патологию, даже если близкие родственники указывают на наличие сильных переживаний в недавнее время, что само по себе может провоцировать потерю автономии (например, страх одиночества и боязнь падения могут являться основны-

Продолжение на стр. 10 ➔

ИнтерНьюс

Большинству пациентов с дислипидемией, гипертензией и высоким риском коронарной болезни не назначаются статины в первый год антигипертензивной терапии

Это противоречит рекомендациям исследования ASCOT-LLA (Lipid-Lowering Arm of the Anglo-Scandinavian Outcomes Trail), согласно которым именно эта группа больных получает максимальную пользу от приема статинов. В данный анализ вошли 142389 лиц старше 25 лет, недавно начавших прием антигипертензивных препаратов. Из 30,8% участников, которые имели дислипидемию, 17,3% уже получали статины, 29,4% статины были назначены уже в первый год от начала антигипертензивной терапии, и 53,3% статины так и не были назначены. Эти показатели, соответственно, составили 11,5%, 30,9% и 57,6% для 10,3% участников с подтвержденной коронарной патологией; 11,6%, 27,4% и 61,0% для 12,3% участников с диабетом; 17,1%, 29,1% и 53,7% для 11,0% участников без коронарной патологии, но с тремя и более факторами риска. Возможно, со времени проведения исследования ASCOT ситуация улучшилась, но, тем не менее, проблема раннего назначения статинов гипертоникам с дополнительными факторами риска коронарной болезни остается весьма актуальной.

Источник: American College of Cardiology 55-th annual scientific sessions; March 2006

Умеренное потребление алкоголя уменьшает риск развития инсульта

Ученые под руководством Митчела Элкинда из Колумбийского университета (Нью-Йорк) изучали взаимосвязь приема алкоголя с частотой развития инсульта. В процессе исследования были проанализированы данные 3176 человек, средний возраст которых составлял 69 лет. Отбор участников для исследования осуществлялся в период с 1993 по 2001 год, причем преобладали лица латиноамериканского происхождения. По результатам опроса, американские исследователи разбили участников на 4 группы, в зависимости от объема потребления алкоголя: 1-я группа вообще не употреблявших алкоголь; 2-я группа умеренного потребления (от 2 бокалов вина в день до 1 бокала в месяц); 3-я группа среднего потребления (от 3 до 5 бокалов вина ежедневно). Участники из последней группы ежедневно выпивали более 5 бокалов вина. За 6-летний период наблюдения у 190 участников развился инсульт, из них у 172 человек был диагностирован ишемический инсульт. Оценка результатов исследования, проведенная с учетом известных факторов риска инсульта, показала, что у участников, потреблявших алкоголь в умеренном количестве (2-я группа), риск развития ишемического инсульта был на 33% ниже, чем у лиц, вовсе не употреблявших алкоголь (1-я группа). Тем не менее, исследователи не призывают людей, ведущих трезвый образ жизни, к приему алкоголя. Согласно данным более ранних исследований, алкоголь, принимаемый в больших количествах (более 6 бокалов вина в день), напротив, способен спровоцировать развитие инсульта.

Источник: Medportal.ru

Скоро будут не нужны не только папы, но и мамы

Ученые из Йельского Университета продолжают совершенствовать технологию криоконсервирования ооцита: у женщины берут незрелую яйцеклетку (ооцит) и замораживают ее, чтобы позднее использовать для зачатия.

Криоконсервирование ооцита может завести детей в будущем женщинам, которые заболели раком, но еще не начали лучевую или химиотерапию, или тем, кто не имеет на данный момент партнера, но хочет сохранить фертильность в будущем, для тех, кто проходит процедуру экстракорпорального оплодотворения, но не хочет замораживать эмбрионы. Профессор П. Патрицио считает, что эффективность метода пока что составляет 2–3 ребенка на 100 замороженных яйцеклеток, для сравнения 8–9 рожденных детей на 100 яйцеклеток, не подвергавшихся замораживанию, при оплодотворении в пробирке. По мере совершенствования техники, результативность будет увеличиваться. Успешность зависит и от возраста пациентки — больше шансов, если женщина моложе 35 лет.

Источник: Yale University News

КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ

(оценка, выбор медицинских технологий управление качеством медицинской помощи)

Под редакцией профессора П.А. Воробьева
Издательство «Ньюдиамед»

Новое направление в медицине приобретает все больше сторонников.
Книга уже произвела огромный общественный резонанс.

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 вопросы найдете в книге.

Монография — размышления о качестве медицинской помощи, современном состоянии здравоохранения, рациональных путей развития.

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



Начало на стр. 9 ↗

ми причинами разнообразной клинической картины). Основные вопросы:

1. Какие медикаменты принимал пациент в последнее время? При этом опроса пациента недостаточно, надо спрашивать родственников, смотреть домашнюю аптеку, учитывая возможность адинамии под действием психотропных препаратов, гипогликемии, вызываемой сахароснижающими сульфамидами и инсулином, дигиталисной интоксикации, передозировки кортикостероидов, гипонатриемии при приеме диуретиков, гипотензии после приема гипотензивных препаратов.

2. Тип ототления (окись углерода при недостаточном сгорании угля).

3. Прием алкоголя.

4. Наличие одного или нескольких падений в недавнее время. Падение у пожилого человека может вызвать психологический сдвиг с полным стойким отказом от ходьбы. Проверить это можно, предложив пациенту пройти в сопровождении врача, в полной безопасности (не забывая о возможности перелома шейки бедра или субдуральной гематомы).

Проверка витальных показателей:

1. Температура тела. Наличие нормальной температуры не исключает пневмонию, эндокардит или туберкулез.

2. Частота сердечных сокращений, подтвержденная ЭКГ.

3. Частота дыхания. Одышка — симптом субъективной, тахипное без тревоги свидетельствует о кардиореспираторной патологии.

4. Артериальное давление — гипотензия в сравнении с предыдущими (обычными) цифрами может сопровождать дегидратацию, подострое внутреннее кровоизлияние, инфаркт миокарда. Не следует забывать о возможности ортостатической гипотензии.

5. Диурез. Длительное отсутствие мочеиспускания, острая задержка мочи не обязательно сопровождается типичной клинической картиной у пожилых людей, отсутствие мочи не всегда связано с почечной недостаточностью (острое состояние наиболее часто вызывается дегидратацией, подострое — органическим поражением).

Клиническое обследование. В первую очередь удостовериться, что пациент хорошо видит и слышит, чтобы получить субъективную достоверную информацию.

Голова, шея. Окраска кожи и слизистых при исследовании лица информативна. Выраженная складка кожи в области ключицы свидетельствует об экстрацеллюлярной

дегидратации, при ее глубокой степени отмечаем гипотонию глазных яблок. Сухость кожи и слизистых у пожилых людей не всегда верный признак внутриклеточной дегидратации. Неврологическое обследование базируется на локальных лицевых признаках — парезы, асимметрии, снижения полей зрения и т.д.

Грудная клетка. Стандартное клинко-рентгенологическое исследование в поисках очаговых поражений легких и плевры, (часто протекающих атипично, без- или малосимптомно).

Живот. При обследовании следует помнить о частом отсутствии у пожилых типичных проявлений «острого живота» — таких, как боль при пальпации и мышечная защита.

Таз. Три главных объекта всегда должны быть исследованы:

1. наличие переполненного мочевого пузыря
2. перелом шейки бедра
3. наличие фекаломы (калового камня или завала) при ректальном исследовании — одна из весьма частых причин, вызывающих острое нарушение общего состояния с потерей автономии у пожилых людей.

Конечности. Локальные неврологические симптомы и остро-подострые нарушения кровообращения должны быть исключены в первую очередь:

Перелом шейки бедра при недавнем падении.

Острые артриты часто провоцируют быструю потерю автономии.

Два дополнительных обследования у пожилого пациента с острой потерей автономии необходимы в первую очередь — капиллярная гликемия и электрокардиография.

Медицинское сопровождение пациента с недавней острой потерей автономии: нужно рассматривать состояние пациента как тяжелое даже при отсутствии этиологической ориентации. Обязательно врачебное наблюдение в течение нескольких дней, очень нежелательно оставлять дома на попечение родственников. Нужно ориентироваться на вероятную urgentную патологию и госпитализировать пациента в отделение неотложной помощи (на максимально короткий срок с обязательной консультацией и последующим наблюдением гериатра). Пациент остается дома в случаях, если диагноз установлен, лечение назначено, дегидратация скорректирована, фекалома удалена и этиология выяснена, необходимое инструментальное обследование выполнено, состояние не представляет опасности, медицинское наблюдение осуществляется. При выборе тактики следует учитывать, что пребывание в не специализированных для пожилых пациентов отделениях,

особенно urgentных — таит в себе реальную угрозу потери автономии в дальнейшем.

Минимальное обследование, необходимое в случае острой потери автономии у пожилых пациентов: общий анализ крови, ионограмма, включая кальциемию, уровень билирубина и трансаминаз крови, РОЭ, бактериология крови (при наличии ознобов — забор крови обязательно производить во время озноба), ЭКГ и рентгенологическое обследование грудной клетки.

Факультативное (дополнительное) исследование предписывается после первичной диагностической ориентации: рентгенологическое исследование таза и позвоночника, УЗИ живота, компьютерная томография черепа, исследование гемокультуры.

При прогрессивном снижении автономии у пожилых пациентов необходим тщательный анализ прописанной постоянной терапии, анализ недавних событий жизни. Нужно не пропустить три основных заболевания, вызывающих прогрессивное снижение автономии: болезнь Паркинсона, гипотиреоидное состояние, депрессию.

При отсутствии явной диагностической ориентации и прогрессирующей потере автономии три обследования представляют наибольший интерес: уровень тиреоидного гормона, фиброколоноскопия, обнаружение микобактерий туберкулеза в мокроте.

Наблюдение и медицинское сопровождение пациента с прогрессирующей потерей автономии: часто состояние улучшается спонтанно (возможно, имели место недиагностированные подострые вирусно-бактериальные инфекции, депрессивный синдром, вторичный медикаментозный эффект). Если потеря автономии прогрессирует, необходимо повторение проведенных исследований с интервалом в неделю с наблюдением за четырьмя классическими ориентирами: вес пациента (быстрое похудение), температура тела (длительный субфебрилитет), формула крови и РОЭ (свидетельства наличия воспалительного процесса).

Пробное лечение призвано не пропустить курабельную патологию. Пробное лечение болезни Паркинсона, туберкулеза, курабельной желудочно-кишечной патологии и депрессивного синдрома в течение месяца должно выявить отсутствие или наличие заболевания, оно терапевтически оправдано, ибо может резко улучшить состояние пациента, полностью или частично вернуть утраченную автономию. Риск пробного лечения недиагностированной патологии, которое может вернуть пациента к нормальной жизни, всегда меньше такового при отсутствии лечения. При тщательном наблюдении, неэффективное или ухудшающее состояние больного лечение всегда можно прекратить.

Сегодня по мобильнику не говорит разве что только ленивый. Иногда этот разговор со стороны напоминает поведение психического больного, особенно когда используются различные системы «свободные руки». Но часто нарушаются все возможные правила пользования телефоном. Особенно неприятно, когда это делают врачи. Напомним некоторые законы «мобильной этики»:

Телефон может помешать работе электронных приборов, поэтому необходимо полностью выключать, если вы находитесь рядом с диагностической электронной аппаратурой, при взлете и посадке самолета.

Работающий телефон во время соединения дает «наводки» на микрофон на расстоянии нескольких метров, следует полностью выключать телефон, если вы находитесь недалеко от микрофона.

В театре, кино, на концерте, на лекциях, заседаниях и в «присутственном месте» нужно выключать телефон, а если ожидается важный срочный звонок — можно перевести телефон в режим беззвучного вызова или голосовой почты.

Если вы разговариваете с больным или другим человеком, то нельзя отвечать на входящий звонок, не извинившись перед собеседником, и самому набирать номер до окончания разговора, а еще лучше — выключить телефон, так как прыгающий по столу в режиме вибрации мобильник может негативно сказаться на контакте с пациентом.

После соединения с вызванным абонентом сначала нужно поприветствовать его, затем полностью пред-



Не звоните после 11 часов вечера без крайней нужды.

Согласно правилам дорожного движения нельзя разговаривать во время управления автомобилем.

Нельзя звонить без предварительного разрешения владельца на его мобильный телефон, если он сам ранее не давал вам своего номера; если же это необходимо сделать — извинитесь и скажите, откуда получен номер данного мобильного телефона и в чем причина экстренного звонка.

Телефонный разговор всегда носит окраску интимного общения, поэтому, находясь в общественном месте, особенно в общественном транспорте, и получив входящий звонок на Ваш мобильный, по возможности, выйдите на улицу, в другую комнату, отойдите к стене или в угол, так как Вы можете помешать присутствующим своим разговором, вызвать у них раздражение; отвечать собеседнику нужно тихо, прикрыв ладонью рот и трубку.

ОБЩИЙ АНАЛИЗ

от П. Медика

ЭТИКА МОБИЛЬНОГО ОБЩЕНИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА

ставиться, и спросить, может ли в настоящее время вызываемый абонент разговаривать, удобно ли ему.

SCHWARZ

PHARMA

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

ВАЗОНИТ® 600 мг ретард



МНОГОЛИКАЯ ГЕМОФИЛИЯ

Ю.Н. Андреев

Издательство Ньюдиамед
2006 г.

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

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

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

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

РЕДАКЦИЯ: Главный редактор П.А. Воробьев

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

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

Газета распространяется среди членов Московского городского научного общества терапевтов бесплатно

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

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

Отдел рекламы (495) 729-97-38

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