



ВЕСТНИК МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО

МОСКОВСКИЙ ДОКТОР

Август 2006
№ 15 (32)

НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ

— Елена Александровна, какое было взаимодействие врачей и аптек вчера, какое оно сегодня?

Раньше были совместные пятиминутки с врачами. Сейчас этого нет. Это входило в обязанности аптеки, само собой разумелось. Мы были заинтересованы в том, чтоб врачи знали новые препараты, чтоб они их выписывали и больные шли к нам. Выручки были всегда важны, хоть мы ими и не распоряжались. В некоторых крупных аптеках выделялся даже специальный провизор-информатор. Мы всегда были в контакте: врачи звонили нам, мы им. К нам на информацию была прикреплена наша районная поликлиника. Мы знали врачей настолько, что по почерку на рецепте, несмотря на фамилию, знали от кого он, они знали нас. Врачи знают нас и до сих пор. В поликлинике был наш филиал. Если врач ошибался или выписывал отсутствующий в аптеке препарат, улаживали все по телефону. Так было до начала 90-х.

Потом перестала существовать система аптекоуправления, нам дали права юридического лица, расчетный счет, свой баланс, бухгалтерию и т. д., и каждый начал действовать, как считал нужным, пустили в свободное плавание. «Информационную функцию» на себя взяли медпредставители фармкомпаний. Кстати, за то, что нас отпустили, мы должны молиться на Андрея Ивановича Воробьева, он был тогда в 1992 г. Министром здравоохранения. Жаль, что не успел поликлиники также отпустить, они бы уже давно и хорошо жили, а не нищенствовали.

Взаимодействие не исчезло, оно просто видоизменилось. Сейчас уже нет необходимости в информировании врачей, врачи часто раньше нас узнают про новые лекарства. Сейчас медпредставители ходят и к врачам, и в аптеки и все рассказывают. Врачи, узнав раньше нас про какой-то нужный препарат, выписывают его, и мы его заказываем.

— У вас постоянная «клиентская база», одни и те же люди пользуются аптекой?

По большей части — да. Раньше еще у нас был льготный отпуск — до 30% нашего оборота, потом все забрали в поликлинику, там свой киоск... Вокруг нас еще 2 аптеки, но больные из поликлиники («наши больные») все равно идут к нам. У меня половина сотрудников работает по 25—30 лет. И в отделе готовых форм и даже в ручном отделе работают специалисты с высшим образованием, провизоры. С ними врачи советуются.

— Как Вы их удерживаете?

Во-первых, я сама не стыжусь пойти у них и спросить, посоветоваться. Потому что они, мало того, что «сидят» на новых препаратах, многое узнают раньше, они первые видят повышение спроса на отдельные препараты, спрос на новые. У меня работает больше провизоров, специалистов с высшим фармацевтическим образованием после 1-го меда, чем фармацевтов после училища. И это люди с большим опытом и знаниями. Поэтому мы и живем, не жалуемся.

— Вы хотите сказать, что содержание специалистов окупается?

Ну уж, не знаю, какие Вы там доходы провизорам приписываете. Я не беру молоденьких девочек с пустыми глазами. Наши покупатели приходят, они знают к кому идут, спрашивают: «Катерина Сергеевна здесь?». К нам приходят, чтоб посоветоваться, о здоровье поговорить: мои сотрудники знают, что у клиентов в жизни делается.

— Шла по району и завидовала: райский уголок в мегаполисе, а тут еще и аптека уникальная.

Да, район у нас уникальный и по населению тоже. В основном тут живут люди уже не один десяток лет, чьи дети встали здесь на ноги и переехали, много и одиноких людей. Мы рассчитываем и на них: закупаем все препараты от нескольких производителей. Кто-то покупает только английский препарат, кого-то устроит дженерик. Дженерик дженерику тоже рознь: есть КРКА, есть Россия, а есть Индия. Да и «Индия» разная. Мы учитываем, что к нам придут люди не только из офисов и на джипах, но и бабулька-пенсионерка. Любому препарату есть несколько производителей, человек спрашивает, мы предлагаем несколько вариантов.

— Звериный оскал капитализма у Вас не чувствуется. Вы как будто законсервировались. Хотя в современных аптеках, несмотря на температурный режим, всегда ощущение холода: зеркала, витрины, все блестит. У вас ощущение тепла.

ПРЯМАЯ РЕЧЬ

— У нас тоже все чисто и красиво, но не холодно, я не знаю почему. Вы не первая это заметили. У нас сейчас много покупателей и молодых, выходящих из соседних красивых офисов, их не волнует цена, они ходят к нам за качеством. Так что мы не замкнулись на своих местных старушках.

— Для медпредставителей ведь очень важно размещение их препаратов на витрине, наличие рекламы в аптеках?

Вы видели хоть какую-нибудь рекламу у меня в аптеке? Так было изначально.

В самом начале девяностых, когда все это началось, я с ужасом обнаружила, как стала выглядеть аптека, и срочно это все остановила. Мы не берем и какой ни попало товар на реализацию. Ни я, ни мои сотрудники, ни на какие уговоры не подда-

емся. Нам не нужны никакие подарки в виде ручек и прочего. Я довольно жесткий человек и достаточно один раз по телефону четко все объяснить, и они успокаиваются. Я никого в служебные помещения аптеки не пускаю, не говоря уж о моем кабинете.

дорогое есть. А он развернется и уйдет в другую аптеку. У каждого товара свой покупатель, провизор должен помочь им найти друг друга. Каждый должен получить то,

Ни я, ни мои сотрудники, ни на какие уговоры не поддаемся. Нам не нужны никакие подарки в виде ручек и прочего.

за чем он пришел. Представьте, что Вы врач в платной клинике, к вам пришел паци-

ент и Вы, чтоб побольше заработать, назначаете ему обследования и лечения по максимуму. Чего этим можно добиться? Только того, что пациент больше не придет, и потеряет клиника на этом больше. Урожай должен быть многолетним! Мы ничего на этом не теряем, да и ничего не ищем. Мы просто сохраняем свое лицо.

— То есть Вы думаете, что эти забытые сверкающей рекламой с молоденькими фармацевтами пункты у метро это однодневки, это пройдет?

Я думаю, что мы не одни такие, я знаю многих заведующих лично, мы прошли одну школу в советское время, и я думаю, что у них в аптеках не хуже, чем у меня.

Конкуренция это не тупое соревнование, мы же не на стометровку бегаем.

— Ой, не много...

У нас был такой начальник Георгий Иванович Пархоменко, вот кто через него прошел, те все хорошо работают, я думаю, надеюсь. Мы сейчас так разрозненны, не видимся, нет возможности пообщаться.

— Какой-то у вас неправильный капитализм, а конкуренция?

Конкуренция это не тупое соревнование, мы же не на стометровку бегаем. Мне не нужно никого обгонять. Мне нужно работать так, чтоб я могла спокойно платить зарплату своим сотрудникам, чтоб им на жизнь хватало. Когда нас отпустили, у меня на баланс было 200 рублей. Вот с этими деньгами мы начали жить. С самого начала было ясно, что от нашей квалификации и доброжелательности зависит наш доход. Я еще тогда объяснила, что вот зашел человек в аптеку, чтоб принести тебе деньги, ты «кушаешь из его кармана». А поэтому он должен с удовольствием отдать тебе эти деньги. Поддаваться соблазну — глупо, нужно просчитывать на несколько шагов вперед. Думать: «А дальше-то что?». Но мой коллектив это результат длительной селекционной работы и очень тщательной. Остались только самые лучшие. Никто не ушел только потому, что их не устраивала зарплата. Ушли фармацевты, ушли люди, кто нашел работу поближе к дому, так как ездили из-за города. Если я видела, что я ошиблась, взяла не того человека, то я очень жестко решала, вызывала и говорила, что нам придется расстаться. У нас ведь бизнес закрытый. Раньше, когда не было достаточного количества специалистов и кто-то увольнялся и приходил устраиваться в другую аптеку, то из нее звонили в предыдущую и все подробности узнавали. У нас же материальные ценности, маленькие коллективы, замкнутый круг. Наверно, ни в одной аптеке нет рабочего с консерваторским образованием, а у меня есть. А в торговом зале у кого-то еще живопись висит?

— Вам можно как в английских аптеках: концерты давать и чай наливать.

У нас в зале тоже стоит телевизор, но включаем очень редко — отвлекает. Какое-то время говорили о том, чтоб тихую музыку включать. Но поняли, что в таком изобилии лекарств и ответственности любая музыка будет отвлекать. Аптека предполагает определенное напряжение с обеих сторон. Одна сторона должна четко говорить, а другая внимательно слушать и усваивать. Слово «провизор» в переводе означает провидящий, впередсмотрящий, он берет в руки рецепт и заранее знает, как сделать и что из этого получится.

— А с рецептами-то сегодня кто-нибудь приходит?

Ну а как же, конечно.

— Многие аптеки говорят, что забыли, как выглядят рецепты.

Это те аптеки, куда приходят за цитрамоном. А когда люди серьезно больны и приходят от врача, то приходят с рецептом. Если редкий препарат и его нет в аптеке, то оставляем рецепт и звоним пациенту на следующий день или через день, когда его привозят. Кроме того, рецепты на учетные препараты. У нас же существует специальный отдел рецептурного отпуска.

Урожай должен быть многолетним

Беседа с Е.А. Шишковой, заведующей аптекой на Малой Бронной



— Елена Александровна, а вы единственная в своем роде аптека или такие еще в Москве есть? Просто коммунистической раек.

Да никакой не раек, просто мы думаем о том, чтоб не потерять свое лицо. Я работаю в этой аптеке с 1969 г., а с 1975 г. заведую. К нам потому и ходят, что знают, что нам можно задать любой вопрос и получить квалифицированный ответ и по препаратам, и по детским товарам и т. д.

Я не знаю, как другие работают, принципиально не хожу и не смотрю. Зачем мне знать, какие у них цены, у них свои соображения, у меня свои. Была несколько раз случайно и расстраивалась, мне больно на это смотреть.

Агрессивные пугающие витрины, в которых даже я не могу разобраться. Сумбурные, неграмотные. Мы очень серьезно подходим к оформлению витрины, в первую очередь, она должна быть понятной для пациентов. У всех моих сотрудников под руками справочная литература, они постоянно ею пользуются.

— Ваши провизоры пытаются «продвигать» более дорогие препараты?

Зачем? Пациент, пока дойдет до дома, десять раз пожалеет, что купил, вернется, ругаться будет. А в следующий раз вообще не придет к нам. Покупатель должен быть доволен. Ну, скажу я ему, что дешевого нет, а

От нашей доброжелательности зависит наш доход. Я еще тогда объяснила, что вот зашел человек в аптеку, чтоб принести тебе деньги, ты кушаешь из его кармана. А поэтому он должен с удовольствием отдать тебе эти деньги.

ИнтерНьюс

Лечение всех лиц с высоким риском сердечно-сосудистой патологии в странах со средним уровнем дохода требует более доступных терапевтических стратегий

Д-р П. Бовет (Университет социальной и профилактической медицины, Лозанна, Швейцария) оценил стоимость профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, проанализировав данные случайной выборки ($n = 1255$) жителей Сейшелл. Высокое артериальное давление выявлялось у 39,6% участников; из них 59,0% получали лечение. Гиперхолестеринемия выявлялась у 24,2% обследованных, низкие уровни холестерина липопротеинов высокой плотности — у 20,7%. Сахарный диабет был диагностирован у 9,3% участников, курили 17,5%, страдали ожирением 25,1%, имели метаболический синдром 22,1%. В целом, у 43% обследованных риск сердечно-сосудистых заболеваний был высоким. Лечение всех лиц с высоким риском сердечно-сосудистых заболеваний обошлось бы в 45,6 долларов (38,1 евро) на пациента. В частности, на коррекцию дислипидемии приходилось бы 30,6 долларов (25,6 евро), гипертонии — 11,2 доллара (9,3 евро), диабета — 3,8 доллара (3,1 евро), с учетом применения дженериков (кроме коррекции дислипидемии). Стоимость дополнительного минимального медицинского наблюдения и лабораторных тестов достигала 22,6 долларов (18,9 евро). Полученные данные свидетельствуют о необходимости доступных, экономически выгодных терапевтических стратегий и о важности подходов общественного здравоохранения в уменьшении популяционного риска сердечно-сосудистых заболеваний.

Источник:
BMC Pub Health 2006;
early online edition

Виновата не теща, а щитовидная железа

Дисфункция щитовидки способствует возникновению немотивированных эмоциональных всплесков. Нередко перепады настроения и раздражительность бывают у таких пациентов единственными жалобами. Очень часто причиной ссор и разводов становится заболевание щитовидной железы. По статистике, проблемы со «щитовидкой» встречается у женщин в восемь раз чаще, чем у мужчин. Основными симптомами является постоянная мигрень. Мужья не понимают, или не хотят понимать простой истины, что многие «капризные» жены просто-напросто нуждаются в медицинской помощи. И что женский характер часто портится не вдруг, а по причине «гормональных сбоев», которые, кстати, бывают легко устранимы. Нарушение функции этой железы приводит к преждевременному старению, раннему климаксу, проблемам с пищеварением, утренним отекам, анемии, постоянной усталости.

Источник: Medicus.ru

В.С. Артюшкевич и В.П. Сытый анализируют причины насильственной смерти людей пожилого и старческого возраста

Результаты анализа судебно-медицинских экспертиз в республике Беларусь свидетельствуют о преобладании несчастных случаев (64,6%) в структуре насильственной смерти этой категории (транспортная травма, отравления алкоголем, окисью углерода, утопление в воде, инородные тела дыхательных путей, воздействие крайних температур, поражение электрическим током). Самоубийства (повешение, падение с высоты, отравления лекарственными препаратами) составили 24,3%. Убийства заняли третье место среди причин насильственной смерти (11,1%).

Источник:
Клиническая геронтология,
№ 4, 2006

СВЕТСКАЯ ХРОНИКА

В день медицинского работника 18 июня 2006 г. в зале столичной мэрии собралось более тысячи нейрохирургов страны на свой 4-й съезд. Вначале было слово, зачитанное от лица Министра здравоохранения и социального развития М.Ю. Зурабова, Мэра Москвы Ю.М. Лужкова, несколько приветствий, в частности от иностранных гостей. Затем, под звуки гимна России ака-

Что общего у терапевтов с нейрохирургами?

демик А.Н. Коновалов официально открыл съезд. Нейрохирургия постепенно совершенствуясь, беря на вооружение микротехнику, эндоваскулярные методы, методы дистанционного неинвазивного воздействия, все больше и больше влияет на течение, профилактику и лечение заболеваний, которые ранее трудно бы-



демик А.Н. Коновалов официально открыл съезд.

Нейрохирургия постепенно совершенствуясь, беря на вооружение микротехнику, эндоваскулярные методы, методы дистанционного неинвазивного воздействия, все больше и больше влияет на течение, профилактику и лечение заболеваний, которые ранее трудно бы-



логического очага в мозге) решаются хирургами. Все чаще говорят не о хирургах как таковых, а о специалистах с широким кругозором и многочисленными возможностями комбинированной терапии.

Нейрохирургия задает тон в этой технологической гонке вооружений.

Собственная информация

Ранее в нашей газете были опубликованы результаты опроса, проводившегося Московским городским научным обществом терапевтов в 2005 году, по оценке популярности, авторитета, значимости специалистов в медицине.

В этом году исследование продолжено, респондентам предложили назвать пять наиболее влиятельных людей в здравоохранении.

Опросы проводились весной 2006 года на конгрессе «Человек и лекарство», на Гематологическом декаднике, на заседаниях секций Московского городского научного общества терапевтов.

Из 274 респондентов основную долю составили женщины — 80%, средний возраст — 45 лет. Перечень специалистов широк, наиболее часто встречались: терапевты — 30%, кардиологи — 16% и гематологи — 10%.

Основная доля респондентов являлась сотрудниками больниц — 35%, поликлиник — 19%, медицинских ВУЗов — 14%; реже встречались сотрудники прочих медицинских учреждений.

Распределение респондентов по занимаемым должностям, показало, что 51% — врачи, 26% — руководители различных подразделений.

Всего респонденты назвали 264 персоналии.

Результаты опроса представлены в таблице: каждой фамилии присвоено место в рейтинге (в скобках для сравнения указано место в рейтинге 2005 года). Место определялось весом в рейтинге (процент опрошенных респондентов, упомянувших данное имя в анкете) и суммой баллов — в зависимости от места (от 1 до 5) на которое была поставлена данная фамилия каждым респондентом. Первое место оценено в 5 баллов, пятое — в 1 балл соответственно.

Ниже приведен список лиц, попавших в ответы респондентов, но набравших не высокий рейтинг:

Абдулкодиров К.М., Агеев Ф.Т., Адо М.А., Александров А.А., Александрова Н.В., Алиев М.Д., Алмазов В.А., Аметов А.С., Андреева Н.Е., Арефьева И.А., Арзамасцев А.П., Афанасьев В.В., Балмасова И.П., Баранов А.А., Баранская Е.К., Батулин В.А., Белин Н.В., Белобородов В.Б., Белоусова Е.А., Богомилский М.Р., Богомолов Б.П., Бодяжина В.И., Бритов А.Н., Бронштейн А.С., Буеверов А.О., Буланова В.А., Бунятян А.А., Бурденко Н.Н., Быков И.Ю., Василенко В.Х., Васильев С.А., Вейн А.М., Верткин А.Л., Винников А.К., Виноградов К.А., Виноградова Е.Ю., Вихляева Е.М., Волкова О.В., Воронцов И.М., Гайдукова С.Н., Гехт А.Б., Готье С.В., Грацианский Н.А., Грачев С.В., Григорьев П.Я., Гуляев П.В., Гуркин Ю.А., Гушин И.С., Давыдовский И.В., Дадали В.А., Дамулин И.В., Дворецкий Л.И., Дегтярева Е.А., Демидова И.Ю., Дрыжаков А.И., Емельянов А.В., Ермолов А.С., Завалишин И.А., Заводенко Н.Н., Затевахин И.И., Зиганшина Л.Е., Иванов О.Л., Иванова В.В., Ивано-

«Лицо медицины»

Рейтинг «Лицо медицины»

Таблица 1

Ф.И.О.	Место в рейтинге	Вес в рейтинге, %		Сумма баллов	
		2006 г.	2005 г.	2006 г.	2005 г.
Чазов Е.И.	1 (2)*	44,16	43,31	468	448
Чучалин А.Г.	2 (3)	32,85	35,56	327	354
Воробьев А.И.	3 (1)	29,93	43,31	337	533
Зурабов М.Ю.	4 (6)	16,79	13,38	191	143
Беленков Ю.Н.	5 (5)	16,42	18,66	126	176
Мареев В.Ю.	6 (8)	10,95	10,21	88	88
Рошаль Л.М.	7 (4)	10,22	20,42	97	194
Оганов Р.Г.	8 (12)	6,93	5,28	60	45
Воробьев П.А.	9 (10)	6,57	6,69	58	73
Ивашкин В.Т.	10 (16)	6,57	4,58	57	39
Покровский В.И.	11 (9)	6,57	8,8	57	88
Бокерия Л.А.	12 (7)	6,57	12,32	56	99
Давыдов М.И.	13 (29)	5,84	2,82	55	19
Чазова И.Е.	14 (28)	4,74	2,11	37	22
Богомолов Б.П.	15 (59)	4,74	0,35	27	2
Лазебник Л.Б.	16 (21)	4,38	3,87	39	31
Кобалава Ж.Д.	17 (42)	4,38	1,76	27	8
Покровский А.В.	18 (11)	4,01	7,39	31	62
Насонов Е.Л.	19 (33)	4,01	2,11	30	16
Белоусов Ю.Б.	20 (34)	3,28	2,46	30	16
Яхно Н.Н.	21 (50)	2,92	0,7	29	5
Баркаган З.С.	22 (20)	2,92	4,23	26	34
Шумаков В.И.	23 (14)	2,92	6,34	20	43
Гусев Е.И.	24 (26)	2,55	2,46	26	23
Сельцовский А.П.	25 (54)	2,55	0,7	26	4
Блаболкин И.И.	26 (36)	2,55	1,76	22	12
Глезер М.Г.	27 (19)	2,55	4,93	19	35
Насонова В.А.	28 (15)	2,55	7,04	19	41
Петровский Б.В.	29 (23)	2,55	2,82	19	26
Савченко В.Г.	30 (22)	2,19	3,52	23	30
Румянцев А.Г.	31 (18)	2,19	3,52	20	36
Городецкий В.М.	32 (32)	2,19	2,46	18	17
Шевченко Ю.Л.	33 (30)	2,19	2,82	18	19
Арутюнов Г.П.	34 (27)	2,19	2,82	17	23
Учайкин В.Ф.	35 (—)	2,19	—	16	—
Дедов И.И.	36 (13)	1,82	5,63	18	44
Гогин Е.Е.	37 (43)	1,82	1,06	16	8
Мухин Н.А.	38 (24)	1,82	2,82	13	26
Мартынов А.И.	39 (35)	1,82	1,41	11	13
Онищенко Г.Г.	40 (48)	1,46	1,06	15	6
Стародубов В.И.	41 (17)	1,46	3,17	15	37
Мухин К.Ю.	42 (—)	1,46	—	14	—
Палеев Н.Р.	43 (60)	1,46	0,35	14	2
Тареев Е.М.	44 (40)	1,46	1,06	14	9
Петрухин А.С.	45 (—)	1,46	—	13	—
Серов В.В.	46 (55)	1,46	0,7	13	4
Коровина Н.А.	47 (—)	1,46	—	12	—
Савельев В.С.	48 (25)	1,46	1,76	11	24
Горячкина Л.А.	49 (41)	1,46	1,06	10	9

Продолжение на стр. 3

Начало на стр. 1 ↗

— Ну, антибиотики, вроде, бы все должны продаваться по рецепту, а жизнь показывает, что любой можно купить и просто так.

Не всюду и не все.

— Вы отказываете в продаже антибиотиков без рецепта?

Если тех, которые требуют серьезного к себе отношения, то да.

— Ваши провизоры у покупателей, пришедших без рецепта, спрашивают, что да как?

Естественно!!!!

— Да никого нигде это не волнует.

Не волнует до первого жаренного петуха. До получения анафилактического шока и т. п. У нас, тьфу-тьфу, чтоб не сглазить, такого не было. Много лет назад, выйдя в отдел, увидела рецепт, в котором ребенку был выписан люминал в дозе, многократно большей, чем нужно. И фармацевт отпустила, не заметив. Тут же позвонили в поликлинику, узнали адрес этого ребенка, позвонили им, сказав, чтоб не вздумали давать лекарство, а потом еще и бегом туда, с извинениями и препаратом в правильной дозе. Фармацевт, провизор и нужны затем, чтоб заметить врачебную ошибку, недоработку и вовремя исправить ее.

— А что Вы делаете, обнаружив ошибку в рецепте?

Звоним в поликлинику. По любому рецепту можно, имея желание, найти врача, его выписавшего, и все выяснить.



Аптека предполагает определенное напряжение с обеих сторон. Одна сторона должна четко говорить, а другая внимательно слушать и усваивать. Слово «провизор» в переводе означает провидящий, вперёдсмотрящий, он берет в руки рецепт и заранее знает как сделать и что из этого получится.

— И что, отказы по рецептам бывают?

Конечно. Провизоры знают лекарства значительно лучше врачей. У нас хранятся все эти рецепты, по многу лет, все как положено.

— Я начинаю верить в светлое будущее: если есть нормальные аптеки, значит есть нормальные больницы, нормальные магазины, нормальные парикмахерские...

Конечно есть, и не обязательно дорогие и яркие, нужно находить хорошее и пользоваться только им. Много, конечно, дискредитировано. Они же появились не просто как грибы после дождя, должна быть такая вода, чтоб в ней завелось... Мне бы и в голову не пришло идти в аптечный пункт покупать серьезные препараты. Вот когда люди начнут серьезно относиться к себе, перестанут курить, тогда будут выбирать хорошего врача и хорошую аптеку... Это же здорово, заходить в магазин, аптеку или парикмахерскую, здороваться и знать, что приветливые хорошие, знакомые люди ответят тебе. Раньше, в силу расположения, к нам вся артистическая тусовка ходила и сейчас знакомые лица регулярно мелькают. Аптеки, работающие давно, привыкли работать как следует, тогда это было под дамковом мечом бесконечных проверок и

в полной нищете. Да так и работают. Конечно, это выучка. Сейчас молодые фармацевты — потерянное поколение: все можно, а лучше все сразу и сейчас, и побольше, и любым способом. Если не учить и не воспитывать, все так и будут на чetyрех ногах ходить.

Я ни в какие моменты не забывала про сохранность лица моей аптеки.

Беседовала А. Власова

Начало на стр. 2 ↗

ва С.М., Игнатова М.С., Измеров Н.Ф., Ильина Н.И., Илькович М.М., Капланская И.Б., Капранов Н.И., Караулов А.В., Карпов Ю.А., Кисляк Н.С., Кисляк О.А., Комаров Ф.И., Конавалов А.Н., Корсун В.Ф., Корсунский А.А., Костомарова Л.Г., Кочина Е.Н., Кошкин В.М., Краснов В.Н., Криволапов М.А., Кубанова А.А., Кукес В.Г., Курьер М.А., Кухарчук В.В., Личиницер М.Р., Лобзин Ю.В., Лопатин А.Н., Лопаткин Н.А., Лепехин В.К., Лоран О.Б., Лусс Л.В., Мазо Е.Б., Малышева Е.Ю., Марцевич С.Ю., Маслово О.И., Машетова Л.К., Машковский М.Д., Медведев В.И., Мельниченко Г.А., Метелица В.И., Мизерницкий Ю.Л., Мирошниченко В.П., Михеев В.В., Моисеев В.С., Мороз В.В., Морозова С.В., Мясников А.Л., Новак В.Л., Новиков Ю.В., Овсянников С.А., Овчаренко С.И., Ольбинская Л.И., Орлов В.А., Остроумова О.Д., Павлов А.С., Пальчун В.Г., Паравичникова Е.Н., Перельман М.И., Перова Н.В., Петров В.И., Пирогов Н.И., Пискунов Г.З., Положенкова Л.А., Поляков С.В., Пономаренко Г.Н., Портнов А.А., Потекаев Н.С., Преображенский Д.В., Путин В.В., Радзинский В.Е., Раков А.Л., Рачина С.А., Ревякина В.А., Rogozin A.K., Рожинская Л.Я., Руда М.Я., Рыжко В.В., Савельева Г.М., Самсыгина Г.А., Селиванов Е.А., Семашко Н.А., Семенов Б.Ф., Сергеев П.В., Серединин С.Б., Симбирцев С.А., Скрипкин Ю.К., Смирнова Л.А., Сологуб Т.В., Сорока Н.Д., Стародубцев В.С., Стаханов М.Л., Сторожаков Г.И., Страчунский Л.С., Строяковский Д.Л., Стулин И.Д., Сулейманов С.Ш., Султанова Г.Ф., Сумароков А.В., Сулина З.А., Сулонова Е.В., Сыркин А.Л., Терещенко С.Н., Тиганов А.С., Трофимов В.И., Тутельян В.А., Тюрин В.П., Уварова Е.В., Углов Ф.Г., Фадеев В.В., Федин А.И., Федоров В.Д., Фомин И.В., Хабриев Р.У., Хаитов Р.М., Хайт Г.Я., Харкевич Д.А., Хорошев В.А., Цезарь, Цурко В.В., Цыглин А.А., Чернуха Е.А., Чичасова Н.В., Шапкин Ю.Г., Шарапова Е.В., Шатиришвили Е.И., Шляхто Е.В., Шмелев Е.И., Шмидт Е.В., Элькис И.С., Юренев А.П.

Ф.И.О.	Место	Вес в рейтинге, %		Сумма баллов	
	в рейтинге	2006 г.	2005 г.	2006 г.	2005 г.
Иоселиани Д.Г.	50 (44)	1,46	1,06	9	8
Яковенко Э.П.	51 (38)	1,46	1,06	8	10
Дмитриева Т.Б.	52 (31)	1,09	2,11	15	18
Прилепская В.Н.	53 (51)	1,09	0,35	13	5
Денисов И.Н.	54 (52)	1,09	0,7	12	5
Скворцова В.И.	55 (—)	1,09	—	10	—
Сметник В.П.	56 (56)	1,09	0,35	10	4
Аронов Д.М.	57 (—)	1,09	—	9	—
Кулаков В.И.	58 (49)	1,09	0,7	9	6
Адамян А.А.	59 (—)	1,09	—	8	—
Ноников В.Е.	60 (57)	1,09	0,7	8	4
Парфенов В.А.	61 (53)	1,09	0,7	8	5
Яковлев С.В.	62 (58)	1,09	0,35	8	4
Белевский А.С.	63 (45)	1,09	1,06	7	8
Козлов Р.С.	64 (—)	1,09	—	7	—
Пальцев М.А.	65 (47)	1,09	0,7	7	7
Синопальников А.И.	66 (37)	1,09	1,41	7	11
Акчурун Р.С.	67 (46)	1,09	1,06	6	8
Геппе Н.А.	68 (61)	1,09	0,35	4	1
Фомина И.Г.	69 (39)	1,09	0,7	3	10

* — в скобках данные опроса 2005 года.



Внимание, конкурс!

В № 10 (27) нашей газеты был объявлен конкурс: описать, что видно на рентгенограмме. В адрес редакции пришло несколько писем (Шадрин А.А., Яковлева О.В., Линькова Н.Б.) с различными диагностическими гипотезами: перикардит, опухоль средостения, молочные железы и др. В действительности на рентгенограмме — врожденная аномалия — укороченный пищевод с расположением желудка в полости грудной клетки. Редакция, в знак признательности, нашла возможность подарить подписку на 2007 год на журнал «Клиническая геронтология» всем активным участникам конкурса.

ПИСЬМА ЧИТАТЕЛЕЙ

Хотелось бы пожелать «Московскому доктору» больших творческих успехов, редакционной коллегии и всему редакционному совету. Спасибо вам за правдивую информацию, за смелые высказывания на злободневные темы. Хотелось бы больше статей на темы антирекламы, больше информации о подделываемых медикаментах.

На периферии продажные журналы душишат нас БАДами, космоэнергетикой и другой мутью. Врачи в городскую газету «Горячий ключ» перестали писать, ибо статью так исказят, что после ее публикации станвится стыдно встречаться с коллегами. Отцы города пропускают в печать статьи, в основном, только рекламного характера.

Врач Шадрин А.А., 79-лет от роду, занимается общей практикой. Большая часть моих пациентов пожилые, малообеспеченные люди.

СПРАВОЧНИК ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ФОРМУЛЯРНОГО КОМИТЕТА

СПРАВОЧНИК ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ФОРМУЛЯРНОГО КОМИТЕТА

2-е издание 2006 год
Под редакцией профессора П.А. Воробьева
Издательство «НьюДиамед»

Содержит формулярные статьи на 446 лекарственных средств, включенных в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств.

Включает 6 Перечней лекарственных средств:

- Перечень лекарственных средств для оказания медицинской помощи в условиях стационара (стационарный формуляр);
- Негативный перечень медицинских технологий Формулярного комитета;
- Перечень редко применяемых («сиротских») медицинских технологий Формулярного комитета;
- Перечень жизненно необходимых лекарственных средств Формулярного комитета;
- Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств 2006 г.;
- Перечень лекарственных средств, отпускаемых по рецептам врача (фельдшера) при оказании дополнительной бесплатной медицинской помощи отдельным категориям граждан, имеющим право на получение государственной социальной помощи 2006 г.



Формулярные статьи лекарственных средств содержат информацию по их эффективности, безопасности, а также результаты фармакоэкономических исследований, правила назначения, контроля за эффективностью, изменения доз и отмены, информацию для пациентов и членов их семей, медицинского персонала.

Информация о применении лекарств уникальна и ее нет ни в одном другом издании.

Справочник лекарственных средств Формулярного комитета полезен при составлении формуляров регионов, медицинских организаций; врачам, провизорам, фармацевтам в их повседневной практической деятельности.

ИнтерНьюс

Прием статинов и бета-блокаторов снижает вероятность нестабильной, коронарной патологии

Д-р М. Хлатки (Стэнфордский Университет, Калифорния) включили в свое исследование 1384 человека, у которых первой клинической манифестацией коронарной патологии был либо острый инфаркт миокарда, ($n = 916$), либо стабильная стенокардия напряжения ($n = 468$). Возраст мужчин колебался от 45 до 74 лет, возраст женщин — от 55 до 74 лет. Оказалось, что больные с инфарктом миокарда реже принимали статины до госпитализации, по сравнению с больными со стенокардией напряжения: 19,3% против 40,4%. Аналогичная тенденция отмечалась и для приема бета-блокаторов: 19,0% против 47,7%, соответственно. Предшествующий прием альфа-блокаторов, ингибиторов АПФ, антагонистов ангиотензиновых рецепторов, препаратов гормонозаместительной терапии у женщин риск инфаркта миокарда не снижал. Хотя полученные данные необходимо подтвердить в рандомизированных исследованиях, можно сделать следующий вывод: первичная профилактика статинами и бета-блокаторами повышает вероятность более стабильного, характеризующегося меньшим риском проявления коронарного атеросклероза.

Источник:

Ann. Intern. Med. 2006;
144: 229-38

В настоящее время эффективность приема кальция с витамином D для профилактики переломов бедра и другой локализации остается спорной

Джэксон Р.Д. наблюдал 36 282 женщины в постменопаузе в возрасте 50—79 лет, участвовавших в исследовании Women's Health Initiative (WHI). Женщины были рандомизированы на группы приема кальция 1000 мг/сут в комбинации с витамином D 400 МЕ/сут или плацебо. На протяжении 7 лет регистрировалось число переломов. В 3 центрах исследования измерялась минеральная плотность костной ткани. В результате было показано, что минеральная плотность костной ткани в группе приема кальция была на 1,06% выше, чем в группе плацебо. У женщин основной группы риск возникновения переломов составил 0,88 для бедра, 0,90 для клинически выраженных переломов позвоночника и 0,96 для переломов вообще. Риск образования камней в почках увеличился в основной группе до 1,17.

Источник: *Климакс.ру*

Госпитализация супруга повышает риск смерти, инсульта, застойной сердечной недостаточности у пожилых

Д-р Н. Кристакис (Гарвардская Школа Медицины, Бостон) и д-р П. Аллисон (Пенсильванский Университет, Филадельфия) проанализировали данные Medicare для 518 240 семейных пар в возрасте 65 лет и старше за 1993 г. За 9 лет наблюдения 74% мужей и 67% жен были госпитализированы, по меньшей мере, один раз, а умерли, соответственно, 49% и 30%. После госпитализации супруга у мужчин и женщин был повышен риск собственной смерти (стандартизованное отношение рисков, 1,21 и 1,17, соответственно), инсульта (1,06 и 1,05), застойной сердечной недостаточности (1,12 и 1,15), по сравнению с лицами, чьи супруги не госпитализировались. Любопытно, что у мужчин госпитализация жены ассоциировалась с повышением собственного риска коронарной патологии (стандартизованное отношение рисков 1,05), а у женщин этот риск уменьшался (0,97). Кроме того, госпитализация партнера ассоциировалась с повышенным риском перелома шейки бедра, психиатрических расстройств, деменции как у мужчин, так и у женщин.

Источник:

N. Engl. J. Med. 2006;
354: 719-30

ПРОТОКОЛ ПЛЕНАРНОГО ЗАСЕДАНИЯ МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ от 28.04.2004 г.

Председатель: академик РАН и РАМН А.И. Воробьев

Секретарь: к.м.н. Е.Н. Кочина

1. Проф. И.И. Скопин, к.м.н. О.Э. Куц, к.м.н. Г.Б. Давыдова (ГУ Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева РАМН). **Приобретенные пороки клапанов сердца — взгляд кардиохирурга.**

Наиболее распространенные типы выполняемых операций:

- многоклапанное протезирование и реконструкция клапанов сердца — около 70% от общего числа операций в год;
- повторные вмешательства после перенесенной ранее операции в условиях искусственного кровообращения или после закрытой митральной комиссуротомии — 17%;
- сочетанные операции на клапанах сердца и коронарных артериях — 14%.

Минимальный перечень исследований, необходимых для определения тактики лечения больных с приобретенным пороком сердца, включает ЭКГ, эхокардиографию, рентгенографию грудной клетки с прямой и двух косых проекциях с контрастированием пищевода. Детально рассказано о показаниях к операции при конкретных нозологиях, риске оперативного вмешательства. Особое внимание уделено тактике хирургического лечения больных с сочетанным поражением клапанов сердца и коронарных артерий: соблюдение принципа необходимой достаточности при определении объема шунтируемых артерий ревааскуляризируются только клиникозависимые артерии; максимальная аутоартериальная ревааскуляризация с помощью маммарной и лучевых артерий; использование непрямого ревааскуляризации (трансмиокардиальной лазерной ревааскуляризации в бассейнах, не подлежащих коронарному шунтированию из-за поражения дистального русла).

2. Д.м.н. В.А. Мироненко, к.м.н. И.М. Цискаридзе. **Хирургическое лечение врожденного аортального порока, осложненного дилатационным поражением левого желудочка (клиническая демонстрация);**

3. Д.м.н. В.А. Мироненко, к.м.н. И.М. Цискаридзе, Д.В. Мусьрова. **Хирургическое лечение больной по поводу митрального рестеноза через 37 лет после закрытой митральной комиссуротомии (клиническая демонстрация).**

Вопросы докладчикам:

Вопрос 1: Оперируете ли вы больных с изолированным аортальным кальцинозом?

Ответ: Да.

Вопрос 2: С.А. Васильев (ГНЦ РАМН): Как осуществляется профилактика тромбогенности в послеоперационном периоде?

Ответ: Пациентам после протезирования клапанов показана пожизненная антикоагулянтная терапия — варфарин со второго дня после операции. МНО должно быть в пределах 3—3,5. При пластических операциях на клапанах антикоагулянтную терапию проводят в течение 3—3,5 месяцев после операции.

Вопрос 3: Какова стоимость операции протезирования клапанов и есть ли квота больных, оперируемых на бюджетной основе?

Ответ: Да, есть квота для бюджетных больных. Стоимость операции, включая стоимость протеза — 5000 долларов США.

Вопрос 4: Оперируете ли вы больных в остром периоде бактериального эндокардита?

Ответ: Да, если возникают тромбэмболические осложнения.

Вопрос 5: Проводите ли вы скрининг на маркеры тромбофилии перед операцией?

Ответ: Нет, но всем больным после операции проводится антикоагулянтная терапия, как было сказано раньше.

Вопрос 6: (С.К. Кравченко, ГНЦ РАМН): Были ли в вашей практике случаи гемолита после операции?

Ответ: Да, но очень редко. Гемолит — результат турбулентности при образующихся фистулах. В таких случаях показана повторная операция.

Вопрос 7: У многих ли пациентов после операции нормализовалось легочное давление?

Ответ: В большинстве случаев давление в легочной артерии снижается до нормы. Но даже если этого не происходит, то, в целом, физическое состояние и качество жизни пациентов улучшаются.

Вопрос 8: (В.Б. Яковлев) Применяется ли еще закрытая комиссуротомия?

Ответ: Эта операция применяется в ряде регионов, т.к. финансируется из фонда ОМС, либо когда нет возможности оперировать в условиях искусственного кровообращения. В современной хирургической клинике операция вы-

ПРОТОКОЛЫ МГНОТ

бора при митральном стенозе — баллонная транслюминальная дилатация, либо реконструктивная операция на клапане.

Вопрос 9: (В.Б. Яковлев) Каково общее число оперируемых за год при приобретенных пороках сердца?

Ответ: Ежегодно в центре сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева РАМН около 1000 операций, во всех остальных региональных центрах около 1500 операций суммарно. Необходимо отметить, что в последние 3 года стали больше оперировать в регионах.

Вопрос 10: (В.Б. Яковлев) Где вы консультируете амбулаторных пациентов?

Ответ: В поликлинике на Ленинском проспекте и в клинике на Рублевском шоссе. Пациент вносится в базу данных (лист ожидания операции). Перед консультацией должны быть выполнены ЭКГ, ЭХО-КГ, рентгенография органов грудной клетки. В силу специфики кардиохирургических вмешательств, эхокардиографическое исследование мы повторяем в условиях нашей клиники.

Вопрос 11: Часто ли в послеоперационном периоде приходится имплантировать кардиостимулятор?

Ответ: В год 3—5 из 1000 оперированных.

Вопрос 12: (Р.М. Заславская): Часты ли медиастиниты в послеоперационном периоде?

Ответ: 10 лет назад у 8% оперированных, сейчас в связи с новыми материалами, антибактериальной терапией — 1—3%.

Вопрос 13: (Р.М. Заславская): Оперируете ли вы больных с ишемической митральной недостаточностью (разрыв сосочковых мышц, межжелудочковой перегородки)?

Ответ: Мы хотим призвать вас направлять к нам таких больных.

Обсуждение:

1. Академик РАН и РАМН А.И. Воробьев: Ревматизм привел больную к первой комиссуротомии, затем простуда, активация инфекции и рецидив ревмокардита. В те времена, когда делали первые закрытые комиссуротомии, было мнение о непрерывном течении ревматизма. Первое выступление И.А. Кассирского о лечении ревматизма пенициллином вызывало усмешку. Это был фантастический взрыв в медицине. Ведь ревматические пороки были самой массовой патологией (каждый четвертый больной в моей палате). Помню, на дежурстве была больная после комиссуротомии с тахикардией 140—160 в мин. В руках ничего, кроме строфантина нет. С тех пор прошло много лет, больная жива. Еще одна деталь — возраст оперируемых тогда больных: барьер — 50 лет.

2. Проф. В.Б. Яковлев: Возникает проблема: великолепно выполнена операция, а дальнейшее лечение — не по канонам современной кардиологии. Актуально — пролапс митрального клапана с регургитацией 3—4 ст., что требует хирургического вмешательства. Я думаю, что протезирование клапанов будет вытеснено реконструктивными операциями так же, как уходят в прошлое закрытые комиссуротомии. И конечно, очень радует, что квалифицированная кардиохирургическая помощь — реальность.

3. Проф. Р.М. Заславская: Интересно было услышать о возможности помощи больным с разрывом сосочковых мышц, межжелудочковой перегородки в остром периоде инфаркта миокарда. Хотелось добавить, что в лечении после операции не следует забывать о метаболической терапии.

4. Проф. И.И. Скопин: Хочу поблагодарить аудиторию за внимание. Что касается терапии, то при выписке больные уходят в районные поликлиники, где зачастую неправильно корректируют наши рекомендации, вплоть до отмены антикоагулянтов. В настоящий момент это наша, совместная с кардиологами, проблема. Просьба направлять к нам больных с ишемической митральной недостаточностью, у нас есть положительный опыт помощи таким больным. Спасибо!

Заключительное слово председателя, академика РАН и РАМН А.И. Воробьева:

Нам показали оперативные вмешательства в условиях крайне трудных. Особенно интересна, на мой взгляд, операция при кардиомегалии, когда установка кольца останавливает прогрессирующую дилатацию. Главное, что мы ушли от ревматизма и его стандартных осложнений. Тромбоз и эмболия в мозг — стандартный финиш у больных с митральным стенозом.

Конечно, проблема оплаты операций не должна быть взвалена на плечи больного. Не может быть между учреждением, оказывающим жизненно необходимые операции и пациентом проблемы денег. Необходимо вмешиваться в механизм медицинского страхования. Статистика продемонстрированных операций лучше, чем в других мировых клиниках, а с другой стороны лечение малодоступно. Что касается АКШ, мы обеспечиваем на 1—2 порядка меньше, чем нуждаются. Если у них (за рубежом) 200—500 тысяч операций в год, то мы говорим о 3—6 тысячах операций в год. Количество учреждений, оперирующих на высоком уровне, возросло, например центр в Иваново. Но это пока не сказывается на общем балансе в стране. Так, что есть над чем работать. Хочу поблагодарить за выступления.

СТАНДАРТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

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

Эти стандарты мало доступны врачам.

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

Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

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

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

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

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

Разработчики: Хальфин Р.А., Шарапова О.В., Каторина Е.П., Мадьянова В.В., Ходунова А.А., Лукьянцева Д.В., Воробьев П.А., Авксентьева М.В. и др.

Стандарты писались на основе экспертного мнения о применении определенных услуг и лекарств при определенном заболевании. При этом, очевидно, стандарты могут содержать малоиспользуемые технологии и лекарства, часть необходимых лекарств может отсутствовать. В связи с этим важно было бы выслушать мнения врачей, единственная просьба — обобщать свои мнения доказательствами эффективности, а не ссылками на «общеупотребительность» или «так принято».

СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ЭПИЛЕПСИЕЙ

1. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА

Категория возрастная: взрослые, дети

Нозологическая форма: генерализованная идиопатическая (предположительно идиопатическая) эпилепсия и эпилептические синдромы

Код по МКБ-10: G 40.3

Фаза: диагностики и подбора терапии

Стадия: любая

Осложнение: без осложнений

Условие оказания: амбулаторно-поликлиническая помощь

Приложение
к приказу Министерства
здравоохранения и социального развития
Российской Федерации
от 28 февраля 2005 г. № 174

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
A02.10.002	Измерение частоты сердцебиения	1	1
A02.12.001	Исследование пульса	1	1
A02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	1
A05.23.001	Электроэнцефалография	1	1
A13.30.001	Патопсихологическое обследование	0,1	1
A04.10.002	Эхо-кардиография	0,1	1
A05.10.001	Электрокардиография	0,1	1
A05.10.007	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных	0,1	1
A05.10.004	Холтеровское мониторирование	0,05	1
A05.23.002	Ядерно-магнитное резонансное исследование центральной нервной системы и головного мозга	0,1	1
A06.23.004	Компьютерная томография головы с контрастированием структур головного мозга	0,1	1
B01.029.01	Прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога первичный	1	1

1.2. ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА 6 МЕСЯЦЕВ

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.23.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии центральной нервной системы и головного мозга	1	3
A01.23.002	Визуальное исследование при патологии центральной нервной системы и головного мозга	1	3
A01.23.003	Пальпация при патологии центральной нервной системы и головного мозга	1	3
A01.23.004	Исследования чувствительной и двигательной сферы при патологии центральной нервной системы и головного мозга	1	3
A02.01.001	Измерение массы тела	1	2
A05.23.001	Электроэнцефалография	1	3
A08.05.004	Исследование уровня лейкоцитов в крови	1	3
A08.05.005	Исследование уровня тромбоцитов в крови	1	3
A09.05.041	Исследование уровня аспарат-трансаминазы в крови	1	3
A09.05.042	Исследование уровня аланин-трансаминазы в крови	1	3
A09.28.023	Определение удельного веса (относительной плотности) мочи	1	1
A25.23.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга	1	2
A25.23.002	Назначение диетической терапии при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга	1	2
A25.23.003	Назначение лечебно-оздоровительного режима при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга	1	2
A09.05.011	Исследование уровня альбумина в крови	0,1	1
A09.05.020	Исследование уровня креатинина в крови	0,1	1
A09.05.03	Исследование уровня общего гемоглобина в крови	1	3
A12.28.002	Исследование функции нефронов (клиренс)	0,1	1
A09.05.044	Исследование уровня гамма-глутаминтрансферазы в крови	0,01	1
A09.05.046	Исследование уровня щелочной фосфатазы в крови	0,01	1
A09.05.035	Исследование уровня лекарств в крови	0,1	1

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД**	ЭКД***
Средства, влияющие на центральную нервную систему			1		
	<i>Противосудорожные средства и средства лечения паркинсонизма</i>		1		
		Вальпроевая кислота	0,6	1500 мг	270000 мг
		Карбамазепин	0,03	900 мг	162000 мг
		Клоназепам	0,1	1–6 мг	180–1080 мг
		Ламотриджин	0,3	150 мг	2700 мг
		Топирамат	0,03	400 мг	72000 мг
Средства, влияющие на кроветворение, систему свертывания			0,02		
	<i>Противоанемические средства</i>		1		
		Фолиевая кислота	1	5 мг	450 мг

* — анатомо-терапевтическо-химическая классификация.

** — ориентировочная дневная доза.

*** — эквивалентная курсовая доза.

1.2. ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА 6 МЕСЯЦЕВ

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.23.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии центральной нервной системы и головного мозга	1	3
A01.23.002	Визуальное исследование при патологии центральной нервной системы и головного мозга	1	3
A01.23.003	Пальпация при патологии центральной нервной системы и головного мозга	1	3
A01.23.004	Исследования чувствительной и двигательной сферы при патологии центральной нервной системы и головного мозга	1	3
A02.01.001	Измерение массы тела	1	3
A05.23.001	Электроэнцефалография	1	3
A08.05.004	Исследование уровня лейкоцитов в крови	1	3
A08.05.005	Исследование уровня тромбоцитов в крови	1	3
A09.05.041	Исследование уровня аспарат-трансаминазы в крови	1	3
A09.05.042	Исследование уровня аланин-трансаминазы в крови	1	3
A09.28.023	Определение удельного веса (относительной плотности) мочи	1	1
A25.23.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга	1	2
A25.23.002	Назначение диетической терапии при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга	1	2
A25.23.003	Назначение лечебно-оздоровительного режима при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга	1	2
A09.05.011	Исследование уровня альбумина в крови	0,1	1
A09.05.020	Исследование уровня креатинина в крови	0,1	1
A09.05.03	Исследование уровня общего гемоглобина в крови	0,1	2
A12.28.002	Исследование функции нефронов (клиренс)	0,1	1
A09.05.044	Исследование уровня гамма-глутаминтрансферазы в крови	0,01	1
A09.05.046	Исследование уровня щелочной фосфатазы в крови	0,01	1
A09.05.035	Исследование уровня лекарств в крови	0,01	1

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД**	ЭКД***
Средства, влияющие на центральную нервную систему			1		
	<i>Противосудорожные средства и средства лечения паркинсонизма</i>		1		
		Вальпроевая кислота	0,6	1500 мг	270000 мг
		Карбамазепин	0,03	900 мг	162000 мг
		Клоназепам	0,1	1–6 мг	180–1080 мг
		Ламотриджин	0,3	150 мг	2700 мг
		Топирамат	0,03	400 мг	72000 мг
Средства, влияющие на кроветворение, систему свертывания			0,02		
	<i>Противоанемические средства</i>		1		
		Фолиевая кислота	1	5 мг	450 мг

* — анатомо-терапевтическо-химическая классификация.

** — ориентировочная дневная доза.

*** — эквивалентная курсовая доза.

4. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА

Категория возрастная: дети, взрослые

Нозологическая форма: Парциальная симптоматическая (предположительно симптоматическая, криптогенная) эпилепсия

Код по МКБ-10: G 40

Фаза: ремиссия

Стадия: любая

Осложнение: без осложнений

Условие оказания: амбулаторно-поликлиническая помощь

1.2. ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА 6 МЕСЯЦЕВ

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.23.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии центральной нервной системы и головного мозга	1	2
A01.23.002	Визуальное исследование при патологии центральной нервной системы и головного мозга	1	2
A01.23.003	Пальпация при патологии центральной нервной системы и головного мозга	1	2
A01.23.004	Исследования чувствительной и двигательной сферы при патологии центральной нервной системы и головного мозга	1	2
A02.01.001	Измерение массы тела	1	2
A05.23.001	Электроэнцефалография	1	1
A08.05.004	Исследование уровня лейкоцитов в крови	1	1
A08.05.005	Исследование уровня тромбоцитов в крови	1	1
A09.05.041	Исследование уровня аспарат-трансаминазы в крови	1	1
A09.05.042	Исследование уровня аланин-трансаминазы в крови	1	1
A09.28.023	Определение удельного веса (относительной плотности) мочи	1	1
A25.23.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга	1	1
A09.05.003	Исследование уровня общего гемоглобина в крови	1	2
A09.05.011	Исследование уровня альбумина в крови	0,5	1
A09.05.020	Исследование уровня креатинина в крови	0,5	1
A09.05.030	Исследование уровня натрия в крови	0,5	1
A12.28.002	Исследование функции нефронов (клиренс)	0,1	1
A13.30.001	Патопсихологическое обследование	0,1	1
A09.05.044	Исследование уровня гамма-глутаминтрансферазы в крови	0,01	1
A09.05.046	Исследование уровня щелочной фосфатазы в крови	0,01	1
A09.05.035	Исследование уровня лекарств в крови	0,01	1

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД**	ЭКД***
Средства, влияющие на центральную нервную систему			1		
	<i>Противосудорожные средства и средства лечения паркинсонизма</i>		1		
		Вальпроевая кислота	0,5	1500 мг	360000 мг
		Карбамазепин	0,5	900 мг	162000 мг
		Ламотриджин	0,1	150 мг	27000 мг
		Топирамат	0,1	400 мг	72000 мг
		Фенитоин	0,1	351 мг	63180 мг
Средства, влияющие на кроветворение, систему свертывания			0,02		
	<i>Противоанемические средства</i>		1		
		Фолиевая кислота	1	1 мг	180 мг

* — анатомо-терапевтико-химическая классификация.

** — ориентировочная дневная доза.

*** — эквивалентная курсовая доза.

ИнтерНьюс

Больные старческого возраста, перенесшие инсульт, имеют такой же шанс оптимальной вторичной профилактики инсульта, как и более молодые

Д-р Б. Обвиажель (Калифорнийский Университет, Лос-Анджелес) проанализировал данные регистра California Acute Stroke Prototype Registry, куда вошли сведения из 11 клиник за период с 11.02 г. по 01.03 и с 11.03 г. по 01.04. С диагнозом острого инсульта или транзиторной ишемической атаки были госпитализированы 260 пациентов 80 лет и старше, а также 530 больных моложе 80 лет. Больные старческого возраста реже получали антитромботические и гиполлипидемические препараты, чем молодые пациенты, однако чаще получали антигипертензивную терапию. С учетом противопоказаний, антитромботические и липидснижающие средства назначались одинаково часто во всех возрастных группах. Антигипертензивные препараты получали 77% лиц старческого возраста без противопоказаний, и лишь 67% более молодых больных без противопоказаний.

Источник:
Neurology 2006; 66: 313-8

Во многих эпидемиологических исследованиях была показана взаимосвязь между диетой и профилактикой сердечно-сосудистых заболеваний

Ховард Б.В. изучал влияние диеты с низким содержанием жиров и высоким овощей и фруктов на риск сердечно-сосудистых заболеваний. В рамках исследования Women's Health Initiative Dietary Modification Trial наблюдались 48835 женщин в постменопаузе в возрасте 50—79 лет. В группу придерживающихся диеты, вошли 19541 женщина (40%), в группу контроля — 29 294 (60%). В диете количество жиров было снижено до 20% общей калорийности, при этом наибольшую часть рациона составляли овощи, фрукты и зерновые. Ключевыми точками служили фатальные и нефатальные проявления коронарной болезни сердца, нарушения мозгового кровообращения и сердечно-сосудистых заболеваний в целом. В результате было показано, что к 6-му году наблюдения в основной группе сократилось потребление энергии на 8,2%, с небольшим снижением приема насыщенных (2,9%), мононенасыщенных (3,3%) и полиненасыщенных (1,5%) жиров. В основной группе снизились показатели липопротеинов низкой плотности, диастолического артериального давления и фактора Vllc, при этом уровни липопротеинов высокой плотности, триглицеридов, глюкозы и инсулина не изменились по сравнению с контрольной группой. Специфическая диета не оказала особого влияния на частоту ишемической болезни сердца (относительный риск 0,97), инсульта (1,02) и сердечно-сосудистых заболеваний в целом (0,98). Тенденция к снижению риска ИБС отмечена у женщин, которые мало получали насыщенные жиры или транс-изомеры жиров и много овощей и фруктов.

Источник: cardiosite.ru

Догоспитальное введение низкомолекулярного гепарина энноксапарина перед чрескожным коронарным вмешательством эффективно у больных с острым инфарктом миокарда

Д-р Д. Лабекью (Кардиологический госпиталь, Pessac, Франция) наблюдал за 143 больными с острым инфарктом миокарда, сопровождающимся подъемом сегмента ST. До госпитализации пациенты получали энноксапарин внутривенно болюсно (0,5 мг/кг), затем — 1 мг/кг подкожно, после чего направлялись на экстренное чрескожное коронарное вмешательство. Большие и малые геморрагические осложнения были достаточно редкими — частота 1,4% и 2,1%, соответственно. Инфаркт-связанная артерия была определена до чрескожного коронарного вмешательства у 40,6% пациентов. Через 30 дней 5,6% больных перенесли то или иное основное сердечно-сосудистое событие; частота смерти достигала 2,8%, повторного инфаркта миокарда — 3,5%, реваскуляризации инфаркт-связанного сосуда — 3,5%. Догоспитальное внутривенное и подкожное введение энноксапарина позволяет быстро добиться антикоагуляции перед чрескожным коронарным вмешательством у больных с инфарктом.

Источник:
Cath. Cardiovascul. Intervent.
2006; 67: 207-13

На этот вопрос пытается ответить участковый терапевт. Поликлиническому врачу в реальной жизни встречаются в основном больные с железодефицитной анемией — не реже 3—4-х случаев в неделю (!) и пернициозной — единичные больные за несколько лет. «Дефицит железа — явный или латентный — регистрируется у 30% всех женщин и у половины детей раннего возраста... Главной ее причиной являются кровопотери — явные или скрытые, незначительные, но постоянные. У женщин в этом случае на первом месте, как правило, оказываются обильные и длительные менструации, у мужчин — небольшие кровопотери из желудочно-кишечного тракта, выявляемые лишь при помощи специальных методов исследования». (Л.И. Идельсон, 1981 г.)

Среди врачей не терапевтов бытует мнение, что есть так называемые старческие анемии, которые не требуют особого внимания. По данным литературы, у 40% женщин и 23% мужчин старше 60 лет наблюдается гипохромная анемия, основной причиной которой является недостаточное поступление железа с пищей в силу, мягко говоря, несбалансированного питания. За рубежом это описывают как синдром «чая с булочкой». Но в гериатрической практике необходимо учитывать и нарастающую с возрастом частоту онкологиче-

непосредственного определения среднего содержания гемоглобина в одном эритроците. В норме этот показатель составляет 27—35 нг гемоглобина. Для гипохромной анемии характерно снижение цветового показателя и, соответственно, снижение среднего содержания гемоглобина в эритроците.

Цветовой показатель — величина расчетная, поэтому он может быть определен неверно в связи с неправильным определением содержания гемоглобина или эритроцитов, или просто в результате ошибки при расчете. В этой ситуации помогает просмотр мазка, в котором определяются гипохромные эритроциты.



ОБЩИЙ АНАЛИЗ

от Т.В. Шишковой

(участкового терапевта поликлиники № 64 ВАО)

АНЕМИЯ:

ЕСЛИ МЫ СТОЛЬКО О НЕЙ ЗНАЕМ, ТО ПОЧЕМУ ЕЕ ТАК МНОГО?

ских заболеваний желудочно-кишечного тракта. При этом изменения со стороны крови могут задолго предшествовать клинко-рентгенологическому обнаружению рака и быть длительное время единственным признаком болезни, что дало основание говорить о «гематологических» масках рака.

Анемия как проблема начинается с анализа крови. Нередко бланки анализов лежат месяцами в папках поликлинических врачей или аккуратно приклеиваются к картам, без каких-либо комментариев и, тем более, дальнейших действий. Вероятно, срабатывает какой-то психологический фактор: врач считает, что, если больному назначен анализ, то он, заботясь о своем здоровье («болезнь — трудности больного»), должен прийти к врачу и сам поинтересоваться результатами. Больной же убежден, что клятва Гиппократова, жившего 2 тысячи лет тому назад, — объективная реальность, что-то вроде приказа главного врача, и поэтому при выявлении патологии в анализах его вызовут.

При обнаружении анемии пациент оказывается в ситуации трудного выбора: у какого врача лечиться? И это — мировая проблема. Так, в книге М. Ларкина (1995) читаем: «Как найти врача, которому можно довериться и в точности диагноза которого можно не сомневаться? Врач общего профиля или врач-специалист? Чья помощь более эффективна? Врачи общего профиля лечат типовые заболевания, не требующие специальной подготовки. Если у Вас с Вашим лечащим врачом сложились хорошие, деловые взаимоотношения, если он внимателен и тактичен и Вы полностью доверяете ему, не стоит искать другого. Опытный врач общего профиля правильно оценит результаты первичных анализов крови, соответственно, выявит причину анемии. Если у Вас появятся сомнения, обратитесь к гематологу или гастроэнтерологу, которые установят, не вызвана ли Ваша анемия внутренним кровотечением, связанным с серьезным заболеванием кишечника».

Анемия при недостатке железа в организме проявляется не сразу. Ей предшествует длительный период латентного дефицита железа. К сидеропеническим симптомам относятся: мышечная слабость, не соответствующая степени анемии, «упадок сил», сухость кожи, ломкость ногтей, их утолщение (ложкообразные ногти); выпадение волос, трещины на поверхности рук и ног, трещины в углах рта — ангулярный стоматит; дисфагия и глоссит (болезненность и покраснение языка, атрофия сосочков); императивные позывы на мочеиспускание (недержание мочи), извращение вкуса (pica chlorotica) — больные едят мел, сухую крупу, сырой фарш; пристрастие к необычным запахам. Сидеропенические симптомы, как правило, выявляются только при активном распросе, а для этого врач должен о них знать. Сами больные не обращают на них серьезного внимания, т. к. считают вариантом нормы или связывают с какими-то внешними факторами.

Так, одна из наших больных регулярно покупала коробки и ела мел, объясняя это тем, что «раз организм требует, значит так и надо». Другая пациентка на вопрос: не выпадают ли у нее волосы, ответила, что каждую весну выпадают, ведь весной не хватает витаминов. В двух случаях у больных, перенесших операции по поводу рака толстого кишечника, имело место клинически ярко выраженное и мучительное для больных недержание мочи. Лечение препаратами железа избавило больных от этого недуга.

Малоизвестным симптомом у больных с железодефицитной анемией является постоянный субфебрилитет. О его связи с дефицитом железа стоит подумать, если при подробном исследовании не обнаруживаются какие-либо другие причины для его возникновения.

Характерным лабораторным признаком железодефицитной анемии является гипохромия эритроцитов, ее степень определяется цветовым показателем. В норме он колеблется от 0,85 до 1,05. При использовании в лабораторной практике современных анализаторов имеется возможность

Обязательным признаком является снижение сывороточного железа. Это исследование должно проводиться до назначения препаратов железа, т. к. прием даже нескольких таблеток может исказить результат. В том случае, если лаборатория систематически выдает нормальные показатели сывороточного железа даже у больных с выраженной анемией (по клиническим признакам железодефицитной) следует заподозрить нарушение технологии взятия крови и ее обработки, в процессе которых имеет место попадание в пробирки извне незначительного количества железа. Наиболее чувствительным и специфичным лабораторным тестом для определения дефицита железа является снижение уровня ферритина.

Наибольшие диагностические трудности, по опыту участковой работы, вызывают кровопотери при эрозивном эзофагите на почве грыжи пищеводного отверстия диафрагмы и при кишечном анастомозе «бок в бок» с образованием слепых карманов, кровоточащих язв и эрозиях. Выявление грыжи пищеводного отверстия диафрагмы в случае кровопотери из желудочно-кишечного тракта не снимает с врача обязанности тщательно исследовать у больного другие отделы желудка и кишечника.

Нарушение всасывания железа — редкая и трудно диагностируемая причина дефицита железа. Хотя теоретически весь кишечник способен осуществлять всасывание железа, основное количество железа всасывается в 12-перстной кишке, а также в начальной части тощей кишки, а не в желудке. Еще в конце 70-х годов XX века было доказано, что нет различий между всасыванием железа при анемии у лиц с нормальной и пониженной желудочной секрецией. Нормальным было всасывание железа и у лиц, перенесших резекцию желудка. У больных с атрофическим гастритом без анемии всасывание гемоглобинового железа не отличалось от всасывания железа у здоровых лиц.

В поликлиниках все еще бытует мнение, что атрофический гастрит может способствовать развитию железодефицита. На самом деле причина путается со следствием: дефицит железа — один из факторов возникновения ахалического гастрита.

В амбулаторной практике при обнаружении агастрической анемии больному нередко автоматически назначают витамин В₁₂ без учета картины крови, тогда как гематологическая характеристика агастрической В₁₂-дефицитной анемии ничем не отличается, кроме тромбоцитоза, от обычной болезни Аддисон-Бирмера и легко дифференцируется с ЖДА. Для пернициозной анемии, независимо от причины дефицита витамина В₁₂ характерно:

- появление в костном мозге мегалобластов; непосредственной причиной появления мегалобластов является нарушение образования ДНК, в результате чего нарушается деление клеток;
- внутрикостномозговое разрушение эритроцитов, что приводит к легкой желтухе за счет повышения непрямого билирубина;
- панцитопения в крови: количество лейкоцитов снижено в основном за счет нейтрофилов, у многих снижено количество тромбоцитов;
- гиперсегментация ядер нейтрофилов;
- гиперхромия эритроцитов, увеличение их величины (макроциты, мегалоциты), нередко овальная форма; обнаруживаются остатки ядер в эритроцитах (тельца Жолли, кольца Кебота), базофильная зернистость эритроцитов; появление в периферической крови полихроматофильных нормобластов, т. е. молодых предшественников зрелых эритроцитов;
- изменения в центральной нервной системе в виде фуникулярного миелоза: парестезии, нарушения чувствительности с постоянными легкими болевыми ощущениями в виде покалывания булавками, ползания мурашек, чувств «ватных ног»;
- атрофические изменения слизистой желудка.

За 7 лет работы на участке мне встретились всего лишь четверо больных с В₁₂-дефицитной анемией, апластических и гемолитических анемий не наблюдалось ни разу.

Продолжение на стр. 9 ↗

Начало на стр. 8

Каков алгоритм диагностического поиска и лечебных мероприятий при обнаружении анемии? Он складывается из нескольких этапов.

Этап I. Оценка цветового показателя, определение нормохромности, гипохромности или гиперхромности анемии, т.е. решение вопроса: анемия железодефицитная или пернициозная. Высокий цветовой показатель, гиперхромия (реже нормохромия) эритроцитов, их макроцитоз, остатки ядер в эритроцитах, наличие эритрокариоцитов в периферической крови, гиперсегментация нейтрофилов в сочетании (или без) с умеренной лейко- и тромбоцитопенией указывают на то, что анемия В₁₂-дефицитная.

В этой ситуации можно обойтись без стеральной пункции, но, если принято решение ее делать, то необходимо убедиться, что больной не получал витамина В₁₂. Ретикулоцитарный криз на 8–9 день от начала введения витамина В₁₂ будет косвенным подтверждением правильности Вашего диагноза.

Низкий гемоглобин при низком цветовом показателе на фоне клинических симптомов сидеропении, которые врач выясняет путем активного опроса при первом же осмотре больного, позволяет предположительно поставить диагноз железодефицитной анемии. Доказательным он становится при низком уровне сывороточного железа и ферритина, а также повышении уровня общей железосвязывающей способности сыворотки. Эти дополнительные лабораторные исследования могут быть достоверными только при условии взятия крови до приема больным препаратов железа.

С низким цветовым показателем, но без снижения уровня сывороточного железа, без свойственных дефициту железа трофических нарушений протекают талассемия и анемии, вызванные нарушениями синтеза порфиринов, в частности, свинцовая интоксикация. Выраженная мишеневидность эритроцитов дает основание заподозрить талассемию.

Умеренные гипохромные или нормохромные анемии могут быть связаны с хроническими заболеваниями воспалительного и невоспалительного характера (туберкулез, сепсис, нагноительные заболевания, ревматоидный артрит), хронической почечной недостаточностью. Общее содержание железа в организме при этом не снижено, однако, имеет место его перераспределение из эритроидных клеток костного мозга в запасы, в клетки макрофагальной системы и очаги воспаления. При этом имеют место и другие патогенетические механизмы анемии — внутрисосудистый гемолиз, нарушенные эритропоэза.

Наблюдаемая примерно у 25% больных с разными заболеваниями почек еще в доазотемической стадии гипохромная и нормохромная, с низким ретикулоцитозом анемия является классическим осложнением хронической почечной недостаточности (ХПН) и, за исключением больных с поликистозом почек, пропорциональна степени азотемии.

Когда Вы лечите больного с анемией препаратами железа и не получаете положительного результата, стоит подумать о ХПН. Там, где нет тяжелой гипертензии и ее осложнений, начальный период ХПН беден яркими клиническими симптомами. Наличие у больного анемии, полиурии и никтурии должно настораживать в отношении возможного заболевания почек и ХПН. Наличие изостенурии (уд. плотность мочи около 1010), стойкое увеличение концентрации мочевины и креатинина, уменьшение размеров почек, по данным УЗИ-исследования, имеют существенное значение в диагностике ХПН и расшифровке причины анемии.

Этап II. Если поставлен диагноз железодефицитной анемии, то распознавание причины дефицита железа является обязательным этапом диагностического поиска. На данном этапе важно не пропустить скрыто протекающее онкологическое заболевание желудочно-кишечного тракта. Крутой подъем заболеваемости раком желудка и кишечника начинается после 40 лет, максимум заболеваемости падает на шестое десятилетие жизни. При решении этой проблемы не стоит забывать правил обычного здравого смысла: ведь Вы же не пошлете на фиброколоноскопию молодую беременную женщину с анемией?

Чтобы выяснить причину железодефицита нередко достаточно одного анамнеза, собирая который, Вы обращаете внимание на характер питания (вегетарианство), донорство, видимые желудочно-кишечные кровотечения (цвет стула), меноррагии, вредные привычки (алкоголизм), операции на желудке или кишечнике, быстроту развития анемии, прием медикаментов (НПВС и антикоагулянты). Анемию нужно исключить во всех случаях утяжеления приступов стенокар-

дии, а также при появлении сердечной недостаточности или перемежающейся хромоты.

Маточные кровопотери являются основной причиной железодефицита у женщин детородного возраста, но не всегда они оцениваются гинекологами адекватно как причина анемии. Нередко гинекологи рекомендуют исследовать содержание гемоглобина до и после менструации, и отсутствие динамики этого показателя рассматривают как аргумент в пользу отрицания связи анемии с менструациями. Они забывают, что речь идет не о потере большого количества крови женщиной во время данной менструации, а о потере во время данной менструации определенного количества железа, не компенсируемого всасыванием его за менструальный период.

Врач терапевт в попытках установить истинную природу анемического синдрома должен сам оценить степень меноррагии на основании опроса: менструации длительностью более 5 дней, обильные, укороченный менструальный цикл (менструации через 24 дня), наличие миомы матки, препятствующей нормальному ее сокращению, — все эти особенности неизбежно приводят к дефициту железа и анемии. Невозможность купировать анемию препаратами железа при условии их назначения в адекватной суточной дозе является одним из показаний к оперативному лечению миомы матки наряду с ростом опухоли.

Этап III. Лечение железодефицитной анемии в большинстве случаев простая и благодатная задача. Основные принципы лечения четко и обоснованно впервые сформулированы Л.И. Идельсоном в 1981 г.:

1. Поскольку железо из пищи всасывается в 20 раз хуже, чем из лекарств, невозможно купировать железодефицитную анемию без препаратов железа лишь диетой, состоящей из богатых железом продуктов, прежде всего мясных. Железо не разрушается при термической обработке, поэтому совершенно не оправдана рекомендация употреблять в пищу сырую печень или сухую гречневую крупу. Морковный и гранатовый соки почти не содержат железа, поэтому употреблять их с целью лечения железодефицитной анемии не имеет смысла.

2. Лечить железодефицитную анемию следует в основном препаратами для приема внутрь. Это позволит избежать тяжелых аллергических реакций, гемохроматоза внутренних органов, инфильтратов и пигментных пятен в местах инъекций. По скорости нормализации показателей красной крови парентеральное введение железа не имеет существенных преимуществ. К нему стоит прибегать в тех случаях, когда прием железа внутрь сопровождается поносами.

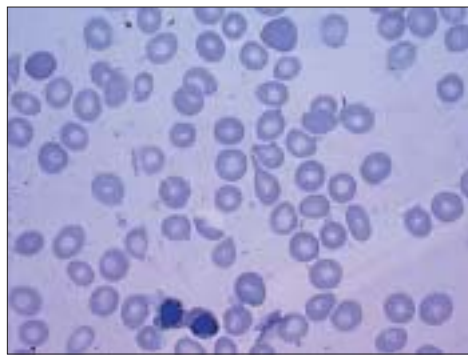
3. Поскольку нормализация гемоглобина — это еще не нормализация запасов железа, необходимо по достижению ее продолжить лечение препаратами железа в течение 3 месяцев для создания депо железа в органах.

При продолжающихся обильных и длительных менструальных кровотечениях после окончания менструации рекомендуется в течение 6–7 дней назначать препараты железа, длительность профилактической терапии зависит от величины кровопотери (иногда пожизненное назначение).

4. При железодефицитной анемии не следует прибегать к гемотрансфузиям без жизненных показаний, т.к. переливание эритроцитов иммунизирует больного отсутствующими у него антигенами, что особенно опасно при гемотрансфузиях молодым женщинам. Эта иммунизация может повлиять на течение беременности в дальнейшем. Кроме того, при гемотрансфузиях существует большая опасность заражения вирусом сывороточного гепатита и инфекционным мононуклеоза. Трудно определить уровень гемоглобина, при котором показаны трансфузии эритроцитарной массы. Этот уровень определяется общим состоянием больного, степенью компенсации малокровия.

Важна при лечении анемий ориентация больных на профилактику рецидивов: при железодефицитной анемии — достаточные дозировки препаратов и длительность курсовой или поддерживающей терапии, диета с достаточным количеством мяса и белков, при В₁₂-дефицитной анемии — пожизненная поддерживающая терапия в различных вариантах: одна инъекция один раз в месяц, месячный курс один раз в году и др.

Еще нередко случаи, когда поликлинический врач все анемии лечит железом и витамином В₁₂, назначая их вместе без особых раздумий о причинах анемии. Подобные действия чреваты недоленностью больных и великой путаницей при рецидивах заболевания, которые тому же врачу и придется расхлебывать.



ИнтерНьюс

Комбинация аспирина и варфарина вдвое увеличивает риск больших кровотечений у больных с острым коронарным синдромом, но при этом более эффективно, чем один аспирин, предотвращает основные сердечно-сосудистые осложнения

При МНО 2–3, назначение комбинированной терапии 1000 пациентов позволит избежать приблизительно 30 основных сердечно-сосудистых осложнений (20 нефатальных инфарктов миокарда, 10 нефатальных тромбоэмболических инсультов), при этом, впрочем, приводя к 10 дополнительным случаям больших кровотечений, сообщает д-р Ф. Андреотти (Католический Университет, Рим, Италия). Авторы отобрали 14 клинических испытаний (25307 больных), где сравнивались терапия комбинацией аспирина и варфарина с монотерапией аспирином, при сроке наблюдения от 3 месяцев до 5 лет. Комбинированная терапия существенно не влияла на общий риск нежелательных явлений, однако повышала риск больших кровотечений (отношение шансов 1,77). Тем не менее, для клинических испытаний, где МНО контролировалось в пределах 2–3, комбинированная терапия достоверно снижала риск основных сердечно-сосудистых осложнений (отношение шансов 0,73), хотя и на фоне повышенного риска больших кровотечений (отношение шансов 2,32).

Источник:
Europ. Heart. J. 2006; 27: 519-26

В 2003 г. урон экономике Евросоюза, нанесенный сердечно-сосудистыми заболеваниями, составил 169 миллиардов евро

В среднем это равняется 230 евро на каждого жителя Евросоюза, причем по подсчетам д-ра Д. Леаля различия между отдельными странами весьма значительны: от 22 евро на человека на Мальте до 423 евро в Германии. Впрочем, после поправки на стоимость жизни в каждой стране эти различия существенно сокращаются. Первичная, амбулаторная, скорая и стационарная помощь, а также стоимость медикаментов обходилась в 2003 г. в 105 миллиардов евро — 12% общих расходов на здравоохранение. Учет неоплаченной помощи и потерь трудоспособности увеличил эту цифру до 169 миллиардов евро. В целом, 62% расходов, связанных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, приходилось на медицинскую помощь, 21% — на потерю производительности труда, 17% — на дополнительный уход за больными. Заболевания нарушали повседневную активность 4,4 миллиона человек, или каждого сотого жителя. Кроме того, с ними было связано 2 миллиона смертей и 126 миллионов госпитальных койко-дней.

Хотя на долю ИБС и цереброваскулярной патологии приходится 64% всех смертей от сердечно-сосудистых заболеваний, эти две причины отвечают лишь за 47% общих расходов, связанных с сердечно-сосудистыми заболеваниями (27% и 20%, соответственно). Вероятно гипертония обуславливает большую часть расходов.

Источник:
Europ. Heart. J. 2006; advance access

Беременным женщинам, страдающим бронхиальной астмой, вреднее вынашивать девочек, чем мальчиков

Дело в том, что беременность плодом женского пола на 10% больше снижает жизненную емкость легких у беременных с астмой, чем беременность плодом мужского пола. К такому заключению пришли исследователи из Йельского университета на основании исследования максимальной скорости выдоха у 702 беременных пациенток страдающих бронхиальной астмой. Максимальная скорость выдоха измерялась на 21, 29, и 37 неделях гестации. Нарушения вентиляции легких начинают отмечаться уже с 29 недели беременности. Ученые считают, что младенцы мужского пола, начиная с восьмой недели беременности, выделяют мужской половой гормон тестостерон, который способствует расслаблению мышц бронхов, что приводит к улучшению вентиляции легких. Согласно данным статистики астмой страдают от 4 до 8% беременных женщин в развитых странах.

Источник:
Медафарм

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 путях развития.

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



ПИСЬМА ЧИТАТЕЛЕЙ

В международных медицинских изданиях важнейшей темой всегда, и особенно в последние десятилетия, является проблема обмана, нарушений этических норм научной деятельности, прежде всего — фальсификация данных, присвоение чужих текстов (плагиат). Этические нормы в науке и в медицине относительно высоки. Однако для нормального функционирования науки и медицине нужно чрезвычайно высокое доверие общества. Поэтому даже редкие случаи обмана оказывают катастрофическое влияние на науку и особенно на медицину. В некоторых странах, например в США, не только существуют детальные документы, классифицирующие различные варианты нарушения правил деятельности научного работника, но существуют и специальные органы, облеченные правом расследовать случаи подозрения на нарушение норм научной деятельности (research misconduct).

В отечественной печати эта проблема почти не обсуждается. Нет никаких сомнений в том, что плагиат распространен на Руси не менее, чем в других странах. Есть даже основания предполагать, что значительно более, но нет ни исследований, ни дискуссий. В наших журналах практически отсутствует практика опубликования писем читателей. Я не помню ни одного случая, чтобы в отечественном журнале опубликованная статья была позднее признана ошибочной или неприемлемой. Это наблюдение подтверждает и статистика. В базе данных MEDLINE с 1984 г. значатся 1425 статей, как отозванные по разным причинам, самая частая из которых — недоброкачественный материал, лежащий в основе публикации. Из них нет ни одной на русском языке. Означает ли это, что в России не бывает таких

публикаций? Конечно же, они есть. Просто болезнь не лечится. Она скрывается.

В 2001 г. преподаватель Саратовского медицинского университета представила к защите докторскую диссертацию, в которой ее коллеги усмотрели явный плагиат, фальсификацию данных, варварское экспериментирование на младенцах и грубую некомпетентность соискателя. Совет отказал соискателю, но ее диссертация вскоре была принята к защите в совете Петербургского института нейробиологии, и степень была присуждена несмотря на то, что ректор СГМУ прислал в диссертационный совет письмо с соответствующей информацией, а представитель коллектива кафедры приехал и выступил на заседании совета.

ОБМАН

в научной практике

Я писал сам председателю ВАК об этом случае, призывая приостановить рассмотрение дела и разобраться в обоснованности решения. Тщетно.

Почему система работает так? Без стыда? Потому, что она давно, еще в тридцатые, в период массового «остепенения», утратила нравственные ориентиры. Попытки привести ее в порядок в конце 1970-х принципиально ничего не изменили, а латание советской системы привело к нынешнему состоянию. Диссертационные советы создаются, поскольку являются инструментом влияния и денег, конкурируют между собой, чтобы набрать необходимое количество соискателей, негативные решения (отказ в присуждении степени) практически не встречаются. С другой стороны, со стороны соискателей, изготовление диссертации за деньги является распространенной «приработкой» научных сотрудников. В результате везде — от губернаторского

кресла до Государственной Думы, от почвоведения до политологии кресла занимают доктора наук, которые с очевидностью не делали никаких исследований. Некоторые из них, известные только исследованиями методов политработы в пожарной части, теперь даже претендуют на членство в Российской академии наук.

Человек, не знающий системы, может спросить, но ведь они, соискатели, должны ведь публиковать результаты исследований? ВАК даже списки журналов утверждает специальные, чтобы в зачет принимались только опубликованные в «серьезных» журналах статьи. Это так. Список существует. Недавно я изучил выборку 50 авторефератов докторских медицинских диссертаций. В них было в основном по 50—90 публикаций в списке литературы. Но что это за публикации... Большая часть — тезисы в трудах конференции молодых ученых и сборниках энского медицинского университета. У многих ДОКТОРОВ НАУК нет в активе ни одной журнальной публикации!

Впрочем, наши журналы столь же аморальны, как и многие их авторы. Они наполнены статьями, сопровождающими фармацевтическую рекламу. До недавнего прошлого журналы не публиковали место работы автора — это объяснялось соображениями секретности — ведь медицинский академик мог работать в некоем 4-м Главном Управлении! Теперь многие журналы стали публиковать место работы, но ни один русский журнал не публикует сообщение о конфликте интересов автора, несмотря на то, что всем издателям и всем редакторам журналов хорошо известно, что международные правила требуют этого. Без раскрытия источников финансирования работы и конфликтов интересов авторов читатель не может оценивать информацию, представленную в статье. Это однозначно приводит нас к тому, чтобы признать отечественные журналы не пригодными для информирования медицинской практики. Если такой вывод нас не устраивает, то мы должны изменить ситуацию.

В. Власов

Аутсорсинг (outsourcing) Практически все современные организации используют в своей работе компьютеры, принтеры и другую оргтехнику. Это оборудование сложно само по себе, а пользователи компьютеров применяют сложные программы. Требуется от пользователя разбираться в технике и программном обеспечении нереально. Но и техника и программное обеспечение без квалифицированного обслуживания работает не всегда. Необходимо участие специалиста. Всегда ли небольшой и даже средней (до 50 компьютеров) организации нужен собственный специалист, будут ли затраты на его содержание оправданы? При принятии решения о найме собственного специалиста предлагаем рассмотреть аргументы за наем **сторонней организации для выполнения работ** по обслуживанию оборудования.

Зарплата. Ответственность на специалисте, обслуживающем компьютерное оборудование, лежит большая — работа всего предприятия зависит от бесперебойного функционирования всех систем, а также от сохранности данных (документов пользователей, базы данных бухгалтерии и др.). Доверить такую работу малоопытному человеку рискованно — скупой в случае ошибки может заплатить даже не дважды.

Зарплата квалифицированного специалиста, который может эффективно работать с достаточно сложной конструкцией, в настоящее время должна составлять не менее \$700, что около 20000 руб., а с учетом налогов затраты могут превысить, 28000 руб. При этом следует помнить о том, что конкретный человек имеет право на от-

пуск, на больничный, т.е. эффективные затраты в месяц только с учетом отпуска составят 30500 руб.

При заключении договора на обслуживание со стороны организации вся потраченная сумма списывается на затраты Заказчика. Исполнитель по Договору самостоятельно решает вопрос об отпусках, больничных и количестве специалистов, которые в данный момент требуются За-

казчику. При этом для руководства Заказчика оплата за обслуживание экономически целесообразно еще и за счет повышения эффективности работы собственных сотрудников, уменьшения риска простоя предприятия из-за неисправности оборудования и потери данных.

Наша организация — ООО «ПК АЛПЕТ Компьютерс», существующая с 1991 года, имеет высококвалифицированных специалистов, работающих в области информационных технологий более 10 лет, не только ответственно и квалифицированно обеспечит исправность оборудования, работу

качку. При этом для руководства Заказчика оплата за обслуживание экономически целесообразно еще и за счет повышения эффективности работы собственных сотрудников, уменьшения риска простоя предприятия из-за неисправности оборудования и потери данных.

Наша организация — ООО «ПК АЛПЕТ Компьютерс», существующая с 1991 года, имеет высококвалифицированных специалистов, работающих в области информационных технологий более 10 лет, не только ответственно и квалифицированно обеспечит исправность оборудования, работу

Достоинства найма сторонней организации для обслуживания оборудования

АЛПЕТ Компьютерс
315-2973, 315-2962
Обслуживание компьютеров, ремонт
Продажа компьютеров, периферии,
оргтехники
www.alpet.ru

От компьютерных бед вас спасут спецы
АЛПЕТ

качку. При этом для руководства Заказчика оплата за обслуживание экономически целесообразно еще и за счет повышения эффективности работы собственных сотрудников, уменьшения риска простоя предприятия из-за неисправности оборудования и потери данных.

Наша организация — ООО «ПК АЛПЕТ Компьютерс», существующая с 1991 года, имеет высококвалифицированных специалистов, работающих в области информационных технологий более 10 лет, не только ответственно и квалифицированно обеспечит исправность оборудования, работу

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. Бокарев, В.И. Бурцев, Е.Ю. Васильева, В.А. Галкин, М.Г. Глезер, Е.Е. Гогин, А.П. Голиков, Д.И. Губкина, Н.Г. Гусева, Л.И. Егорова, В.М. Емельяненко, Р.М. Заславская, Г.Г. Иванов, В.Т. Ивашкин, А.В. Калинин, А.В. Калыев, С.В. Карпова, М.И. Кечкер, А.И. Кириенко, В.М. Ключев, Ф.И. Комаров, Б.М. Корнев, Л.Б. Лазебник, В.И. Маколкин, И.В. Мартынов, А.С. Мелентьев, А.А. Михайлов, В.С. Моисеев, В.Е. Ноников, Н.А. Мухин, Е.Л. Насонов, В.А. Насонова, В.Г. Новоженков, Л.И. Ольбинская, Н.Р. Палеев, М.А. Пальцев, В.А. Парфенов, А.В. Погожева, А.В. Покровский, В.И. Покровский, Н.П. Потехин, А.Л. Раков, М.П. Савенков, В.Г. Савченко, В.В. Серов, В.Б. Симоненко, А.И. Синапальников, 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. Шпектор, Н.Д. Ющук, В.Б. Яковлев

Газета распространяется среди членов Московского городского научного общества терапевтов бесплатно

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

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

Отдел рекламы (495) 729-97-38

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