



Уважаемые участники научно-практической конференции «Управление качеством в здравоохранении: стандартизация, клинико-экономический анализ!»! От лица Министерства здравоохранения и социального развития разрешите поприветствовать вас и поздравить с началом работы конференции.

Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации с 2004 г. по настоящее время ведется активная работа по стандартизации медицинской помощи. Утверждено более 500 стандартов: 46 стандартов скорой медицинской помощи, 80 стандартов медицинской помощи для амбулаторно-поликлинических условий, 308 стандартов дорогостоящей (высокотехнологичной) медицинской помощи, 132 стандарта специализированной медицинской помощи, 26 стандартов санаторно-курортной помощи. Утверждены стандарты амбулаторно-поликлинической помощи по 7 нозологиям в соответствии с Распоряжением Правительства РФ от 2 октября № 1328-р для лечения больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, миелолейкозом и другими гемобластозами, рассеянным склерозом, а также пациентов после трансплантации органов и (или) тканей.

Работа эта продолжается. Постоянно актуализируется перечень нозологий с учетом проводимого анализа структуры заболеваемости, необходимых для разработки стандартов. Специалистами-разработчиками для экспертизы представлены еще 15 проектов стандартов скорой медицинской помощи, ведется работа по актуализации утвержденных стандартов амбулаторно-поликлинической помощи, представлены к рассмотрению еще 40 проектов стандартов амбулаторно-поликлинической помощи, утверждено 10 актуализированных документов. Указанная работа будет проводиться с учетом изменений, вносимых в Перечень ДЛО; с учетом новых методов диагностики и лечения, новых лекарственных средств, изделий медицинского назначения и расходных материалов. Представлены около 300 стандартов специализированной медицинской помощи, которые проходят этапы согласования в установленном порядке.

Планируется актуализация утвержденных стандартов санаторно-курортной помощи и разработка новых стандартов по долечиванию (реабилитации) в условиях санатория непосредственно после стационарного лечения беременных женщин, больных с сахарным диабетом, сердечной недостаточностью, больных после перенесенного инфаркта миокарда, инсульта; больных после перенесенных операций по поводу язвы желудка, 12-типерстной кишки, панкреонекроза, аортокоронарного шунтирования и других кардиохирургических операций, в соответствии с перечнем, утвержденным постановлением Правительства РФ от 21 апреля 2001 г. № 309 «Об утверждении положения о приобретении, распределении, выдаче путевок на санаторно-курорт-

ное лечение и оздоровление работников и членов их семей». Также ведется работа по актуализации утвержденных стандартов дорогостоящей (высокотехнологичной) медицинской помощи и разработка новых стандартов в соответствии с новыми видами высокотехнологичной медицинской помощи.

Результаты и перспективы работы над стандартами медицинской помощи

(из выступления на конференции
«Управление качеством в здравоохранении:
стандартизация, клинико-экономический анализ»
5—6 декабря 2007 г.)

**Какорина Екатерина Петровна,
Минздравсоцразвития РФ**

Во исполнение ФЗ от 29.12.2006 г. № 243-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2007 год» Правительством РФ принято постановление от 19.05.2007 г. № 296 «Об утверждении правил финансирования в 2007 году расходов на реализацию в субъектах РФ пилотного проекта, направленного на повышение качества услуг в сфере здравоохранения, и перечня субъектов РФ, участвующих в его реализации» (далее — постановление Правительства РФ). Этим Постановлением Правительства РФ утверждены основные направления реализации пилотного проекта:

1. Ориентация на конечный результат с поэтапным переходом учреждений здравоохранения, участвующих в реализации пилотного проекта, преимущественно на одноканальное финансирование через систему обязательного медицинского страхования;
2. Обеспечение финансирования стационарной медицинской помощи в соответствии с нормативами финансовых затрат, рассчитанными на основе стандартов медицинской помощи, с учетом оценки качества оказанной медицинской помощи;
3. Осуществление на уровне амбулаторно-поликлинических учреждений частичной аккумуляции средств, предназначенных для оплаты медицинской помощи, на основе финансирования по подушевому нормативу и создание системы внутри- и межучрежденческих взаиморасчетов;
4. Реформирование оплаты труда медицинских работников в зависимости от конечных результатов труда;
5. Обеспечение учета объема оказанной медицинской помощи и оценки ее качества.

Каждый субъект РФ реализует определенное число направлений пилотного проекта, исходя из условий его финансирования. Астраханская, Белгородская, Владимирская, Калужская, Калининградская, Воло-

годская, Ленинградская, Томская области, Хабаровский край, Республика Чувашия реализуют все 5 направлений пилотного проекта, принимают на себя обязательства по софинансированию пилотного проекта из бюджета субъекта РФ. При этом обеспечение финансирования стационарной медицинской помощи должно вестись в соответствии с нормативами финансовых затрат, рассчитанными на основе стандартов медицинской помощи, и с учетом оценки качества оказанной медицинской помощи.

В мероприятиях, направленных на обеспечение финансирования стационарной медицинской помощи в соответствии с нормативами финансовых затрат, рассчитанными на основе стандартов медицинской помощи, и с учетом оценки качества оказанной медицинской помощи, участвуют 14 субъектов Российской Федерации: Астраханская, Белгородская, Томская, Свердловская, Владимирская, Ленинградская, Вологодская, Калининградская, Калужская области, Хабаровский и Краснодарский края, Республика Татарстан и Чувашская Республика.

Уже есть первые результаты проекта: во Владимирской области стандарты медицинской помощи внедрили 76 учреждений (100,0%), участвующих в реализации пилотного проекта. В Калининградской области в полном объеме в работу по стандартам медицинской помощи перешли 4 учреждения здравоохранения участвующих в реализации пилотного проекта (6,6%). В Калужской области 8 учреждений здравоохранения внедрили стандарты оказания медицинской помощи, на основании которых формируют реестры счетов за оказанную медицинскую помощь. В Томской области стандарты медицинской помощи внедрены в 13 учреждениях здравоохранения (42,0%), участвующих в реализации пилотного проекта.

В некоторых регионах активно разрабатываются региональные стандарты оказания медицинской помощи. Так, в Ханты-Мансийском автономном округе — Югре разработано 727 стандартов оказания медицинской помощи. Департаментом здравоохранения утвержден порядок контроля качества оказания медицинской помощи в медицинских учреждениях автономного округа. Эти стандарты будут действовать, пока не появятся федеральные стандарты по всем нозологиям; при наличии стандартов, утвержденных Минздравсоцразвития, региональные стандарты должны быть актуализированы.

В соответствии с Концепцией демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года (указ Президента Российской Федерации от 9 октября 2007 года № 1351) подготовлен проект основных мероприятий по ее реализации, в котором предусмотрен ряд мероприятий, направленных на совершенствование оказания медицинской помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях и больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, включая, в том числе, и разработку стандартов медицинской помощи на разных этапах ее оказания данным больным.

ПРЯМАЯ РЕЧЬ

Десять лет назад на совместной коллегии Минздрава России, Госстандарта России и Фонда обязательного медицинского страхования было принято «эпохальное» решение о создании Системы стандартизации здравоохранения.

За эти годы было много сделано по созданию и развитию системы стандартизации в здравоохранении и планировалось эффективно совмещать стандартизацию на отраслевом и государственном уровнях. Однако принятие федерального закона «О техническом регулировании» внесло известные существенные коррективы в этот процесс.

С введением данного закона упраздняются отраслевые и административно-территориальные стандарты, которые составляли основу системы стандартизации в здравоохранении, имея в виду ее специфические медицинские аспекты.

Однако в сложившихся новых условиях было бы крайне неосмотрительным растерять то положительное, что было сделано для формирования системы стандартизации в здравоохранении.

В своем Послании Федеральному собранию Российской Федерации 26 мая 2004 г., формулируя задачи модернизации здравоохранения, Президент России

особо отметил, что «по каждому заболеванию должны быть выработаны и утверждены стандарты медицинских услуг — с обязательным перечнем лечебно-диагностических процедур и лекарств, а также — с минимальными требованиями и условиями оказания медпомощи».

В 2004 г. был проведен комплекс организационно-методических работ по созданию тех-

«Роль стандартизации в отечественном здравоохранении»

**Миняйлик Галина Михайловна,
Федеральное агентство по техническому
регулированию и метрологии**

нического комитета по стандартизации «Медицинские технологии». Он был организован приказом Ростехрегулирования от 30 декабря 2004 г. № 633, ему присвоен регистрационный номер — ТК 466.



В президиуме Е.П. Какорина, П.А. Воробьев, Г.М. Миняйлик

Начиная с 2003 года, принятый закон «О техническом регулировании», заменивший собой ранее действовавший закон «О стандартизации» продукции и услуг, установил, что стандарты являются добровольными документами. И все так и восприняли: раз добровольный, значит, выполнять необязательно... Отношение к стандартам стало прохладное... Со многих трибун звучало, что теперь так называемые технические регламенты — это новые документы, вводимые для полного технического регулирования, заменят

Очередная ежегодная научно-практическая конференция «Управление качеством в здравоохранении: стандартизация, клиничко-экономический анализ» прошла 5–6 декабря 2007 г. в Москве, в Центральном доме ученых РАН. В работе конференции приняло участие более 500 человек, представители 40 регионов России: Архангельск, Астрахань, Белгород, Брянск, Владивосток, Воронеж, Горно-Алтайск, Дмитров, Екатеринбург, Иваново, Иркутск, Калуга, Кемерово, Киров, Краснодар, Курган, Курчатова, Липецк, Майкоп, Москва, Мурманск, Нарьян-Мар, Новгород, Новосибирск, Омск, Орел, Оренбург, Пермь, Петрозаводск, Псков, Ростов-на-Дону, Самара, Санкт-Петербург, Саратов, Сургут, Тверь, Томск, Тула, Тюмень, Улан-Удэ, Ульяновск, Хабаровск, Ханты-Мансийск, Чебоксары, Челябинск, Черкесск, Чувашия, Ярославль и др. В работе конференции также приняли участие представители из Великобритании, Израиля, Казахстана, Молдовы, Польши, Словакии, США, Турции, Украины, Чехии.

На конференции выступили представители Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Какорина Е.П.), Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии (Миняйлик Г.М.), органов управления здравоохранением и территориальных фондов обязательного медицинского страхования субъектов Российской Федерации, академики и член-корреспонденты РАМН, организаторы здравоохранения, сотрудники научно-исследовательских институтов и медицинских вузов, клинические фармакологи, практикующие врачи, представители фармацевтических компаний.

В рамках конференции были организованы: пленарное заседание, пленарная лекция специалиста из Лондонской школы экономики и политических наук (П. Канавос), 8 секционных заседаний, 3 обучающие школы, открытые заседания Технического комитета по стандартизации 446 «Медицинские технологии» и Форумного комитета РАМН, ежегодное общее собрание членов Межрегиональной общественной организации «Общество фармакоэкономических исследований». В рамках конференции 3–4 декабря проводилась работа учебно-методического семинара «Разработка и внедрение стандартов медицинской помощи для представителей 19 регионов Российской Федерации, участвующих в пилотном проекте, направленном на повышение качества услуг в сфере здравоохранения. В семинаре участвовало более 70 человек.

Открыло работу конференции пленарное заседание. Вначале прозвучало приветственное слово участникам конференции от заместителя директора Департамента развития медицинской помощи и курортного дела Минздравсоцразвития России Е.П. Какориной.

Начальник отдела Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии Г.М. Миняйлик сделала доклад о роли стандартизации в здравоохранении. Она отметила, что большое значение имеет принятое 28.02.2006 г. Распоряжение Правительства РФ о концепции развития национальной системы стандартизации. На сегодняшний день в сфере стандартизации в здравоохранении работают 13 технических комитетов. При этом общее количество утвержденных стандартов в сфере здравоохранения уступает лишь машиностроению. В области здравоохранения в 2006 г. находились в разработке 184 стандарта, были утверждены — 50, в 2007 г. в разработке находится 175, утверждены — 44. В 2008 г. планируется разработка 187 стандартов.

Заведующий отделом стандартизации в здравоохранении НИИ общественного здоровья и управления здравоохранением Московской медицинской академии им И.М. Сеченова П.А. Воробьев подвел итоги 10-летнего развития системы стандартизации здравоохранения России. Последовательно создаются и реализуются планы работ в здравоохранении: сформированы структура стандартов в здравоохранении, уровни стандартизации и иерархия, определены принципы стандартизации и правила отбора медицинских технологий, созданы экспертные коллективы по разработке нормативных документов (основополагающие документы, лабораторная служба, сестринский процесс, служба крови, психиатрия, лекарственное обеспечение, гематология, неврология) и отдел стандартизации. Разработано более 500 стандартов медицинской

помощи и 30 протоколов ведения больных. Действует Форумный комитет РАМН и форумные комиссии по всей стране.

В рамках конференции прошли три обучающие школы: «Медицина доказательств», «Клиничко-экономический анализ: практическое применение», «Стандартизация в медицинской организации».

На школе по медицине доказательств рассматривались концептуальные основы доказательной медицины, необходимость противодействия методам недобросовестного продвижения лекарственных препаратов (Власов В.В.), а также проблемы принятия решений по использованию медицинских технологий с учетом научных доказательств (Авксентьева М.В.).

ОТЧЕТ

О РАБОТЕ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ «УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ: СТАНДАРТИЗАЦИЯ, КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ»

5–6 декабря 2007 г., Москва



В зале яблоку негде упасть...

На школе по клиничко-экономическому анализу рассматривались общие вопросы клиничко-экономического анализа (Воробьев П.А.), возможности применения Международной классификации функционирования, ограниченной жизнедеятельности и здоровья (ВОЗ, 2001) при проведении клиничко-экономических исследований (Лесничева М.В.), вопросы экономики генериков на примере клиничко-экономического сравнитель-



В.В. Власов опять разоблачает

ного анализа нестероидных противовоспалительных препаратов при остеоартрозе у пациентов пожилого и старческого возраста (Лыткина К.А.), а также возможности применения клиничко-экономического анализа в работе медицинской организации (Борисенко О.В.).

На школе, посвященной стандартизации в медицинской организации, обсуждалось внедрение национальных стандартов — протоколов ведения больных — и



П. Канавос (Лондон)



А.И. Воробьев

стандартов медицинской помощи на уровне субъекта Российской Федерации и медицинской организации (Лукьянцева Д.В.), построение системы управления качеством в медицинской организации (Тюрина И.В.), использование стандартов сестринских технологий в медицинской организации (Анохина Ю.М.).

В рамках конференции была проведена презента-

ция новых изданий: журнала «Доказательная медицина и клиническая эпидемиология» (Власов В.В.) и третьего издания книги «Клиничко-экономический анализ» (Воробьев П.А.).

Пленарная лекция П. Канавоса из Лондонской школы экономики и политических наук была посвящена европейскому опыту использования оценки медицинских технологий для принятия решений в здравоохранении.

На открытом заседании Форумного комитета (председатель академик РАН и РАМН Воробьев А.И.) рассматривались вопросы регламентации применения редких медицинских технологий с учетом отечественных наработок и зарубежного опыта (Воробьев П.А., Байбикова Ю.А.), разработки перечня лекарственных средств для акушерской практики (акушерского формуляра) (Сулейманов С.Ш.), разработки этических норм работы экспертных организаций, в частности, создание этического кодекса Форумного комитета РАМН (Власов В.В., Быков А.В.). Обсуждались предложения о включении лекарственных средств в Перечень жизненно необходимых лекарственных средств, а также состояние подготовки 5-го издания Справочника лекарственных средств Форумного комитета (Барышев П.М.). Были получены положительные заключения экспертов Форумного комитета РАМН по препаратам дарбэ-позтин альфа и алетмузумаб, поданным на включение в Перечень жизненно необходимых лекарственных средств, соответствующие рекомендации будут направлены в Минздравсоцразвития России. По результатам заседания было принято решение.

На секционном заседании «Гемофилия и болезнь Виллебранда» обсуждались актуальные вопросы организации медицинской помощи больным с этими заболеваниями, экономики лечения гемофилии в России, участия общественных организаций пациентов в совершенствовании медицинской помощи. Был представлен проект профессиональной службы при Форумном комитете РАМН, которая будет заниматься вопросами мониторинга внедрения государственной программы лекарственного обеспечения больных гемофилией, созданием системы персонализированного учета больных, стандартизацией медицинской помощи в этой сфере.

Большой интерес вызвала секция, посвященная стандартизации в области лабораторной диагностики. Но ней были рассмотрены проблемы внедрения стандартов в деятельность лабораторий, пути их решения.

На секции по стандартизации и управлению качеством в медицинских организациях обсуждался опыт разработки и внедрения системы управления качеством медицинской помощи в Центральной клинической больнице РАН, а также достижения в области управления качеством в Хабаровске и Санкт-Петербурге.

На секции, посвященной проблемам экономики фармаконадзора, докладчики осветили сложность эконо-

мической оценки нежелательных побочных реакций лекарственных средств, был представлен программный продукт, позволяющий облегчить регистрацию побочных реакций, приведен практический пример экономической оценки побочных эффектов лечения неспецифического язвенного колита.

Проблемам стандартизации в области неврологии была посвящена

секция, на которой рассматривались нормативные документы — стандарт медицинской помощи больным с инсультом и два протокола ведения больных — эпилепсия и болезни Паркинсона. Также обсуждались вопросы практического внедрения стандартов и протоколов ведения больных.

На секции «Экономика и качество лекарственного обеспечения» были представлены результаты клиничко-экономических исследований терапии различных заболеваний: артериальной гипертензии, инфаркта миокарда, рака молочной железы, болезней суставов.

На секции, посвященной актуальным вопросам фармакоэпидемиологии, были представлены несколько докладов: анализ централизованной заявки на лекарственные средства лечебно-профилактических учреждений Санкт-Петербурга, фармакоэпидемиология внебольничной пневмонии, перспективы использования регистров больных для клиничко-экономического анализа, анализ роли клинических фармакологов в реализации программы ДЛЮ, типичная фармакотерапия у больных с острым коронарным синдромом в Саратове.

На секции «Общие вопросы управления качеством в здравоохранении» был представлен не только российский, но и казахстанский опыт. Доклады были посвящены анализу влияния на бюджет, методологии перехода первичной помощи на частичное фондодержание в Республике Казахстан, использованию современных принципов стандартизации при создании системы

Начало на стр. 2 ↗

управления качеством медицинской помощи, актуальным вопросам экономики диагностических технологий.

Всего на конференции было представлено около 80стных выступлений. Среди сообщений — выступления руководителя Российского отделения Северо-Европейского центра Кокрановского сотрудничества, представителей фармацевтических компаний и специалистов в области клинической медицины.

В рамках конференции было проведено ежегодное общее собрание членов Межрегиональной общественной организации «Общество фармакоэкономических исследований» (МОООФИ), на котором были заслушаны отчеты филиалов и отделений (Московский, Приморский, Ростовский, Санкт-Петербургский, Ставропольский студенческий, Казахстанский, Украинский, Хабаровский, Ярославский) о работе общества за год, определены перспективы дальнейшей деятельности. В 2007 г. открылись филиалы общества в Санкт-Петербурге, Ставрополе (студенческий), а также национальные отделения в Киргизии, Украине, Молдове. В ноябре 2007 г. в г. Астана (Казахстан) был проведен первый установочный Евразийский конгресс по фармакоэкономике и управлению качеством в здравоохранении, на котором было принято решение об учреждении Евразийского альянса фармакоэкономических обществ (EURASPOR). В этом году Президент МОООФИ проф. П.А. Воробьев был удостоен Международной награды за развитие фармакоэкономике Международного общества фармакоэкономических исследований (ISPOR). Принято решение по разработке положений о премиях МОООФИ за развитие фармакоэкономике в России, о создании профессионального филиала производителей и провайдеров лекарств.

В рамках научно-практической конференции прошел учебно-методический семинар «Разработка и внедрение стандартов медицинской помощи» для представителей 19 ре-

гионов Российской Федерации, участвующих в пилотном проекте, направленном на повышение качества услуг в сфере здравоохранения. В семинаре участвовало более 70 человек. По результатам заседания были приняты предложения для Минздрава по совершенствованию работы по внедрению стандартов медицинской помощи.

Неожиданно на конференции всплыло 2 конфликта, развивающиеся в Санкт-Петербурге: один — в лекарственном обеспечении, второй — связанный с контролем и управлением качеством медицинской помощи. Если про конфликт в области лекарственного обеспечения известно всей стране, что связано с монополизацией рынка дистрибуции, приводящей к срыву программы лекарственного обеспечения, в частности, ДЛО, то про второй конфликт известно меньше. Так, например, как объяснить отсутствие профилактического домашнего лечения больных с гемофилией в этом городе?

Группа квалиологов много лет продвигает идею тотального контроля качества на основе субъективного анализа медицинской документации. Более перспективным представляется управление качеством с использованием системы стандартов, клинико-экономического анализа. Организаторы конференции не ожидали от уравновешенных представителей северной столицы столь бурных эмоциональных обсуждений.

И в других регионах страны присутствует напряженность в отношениях между различными группами профессиональных элит (Ростов-на-Дону, Челябинск, Самара, особенно с приходом нового руководства здравоохранением), однако эти разногласия обычно не выносятся на публичное обсуждение. Представляется, что дискуссия всегда полезна, так как избитую фразу «в споре рождается истина» еще никто не отменял.

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

По итогам конференции была принята резолюция.

РЕЗОЛЮЦИЯ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ «УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ: СТАНДАРТИЗАЦИЯ, КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ»

5—6 декабря 2007 г., Москва

Управление качеством остается актуальной проблемой современного этапа развития здравоохранения. Настоящая конференция была посвящена 10-летию системы стандартизации здравоохранения в России.

Круг обсуждаемых проблем, вынесенных в программу настоящей конференции: общие вопросы управления качеством в здравоохранении; разработка и внедрение стандартов медицинской помощи; стандартизация лабораторной диагностики; итоги и перспективы развития государственных и территориальных программ лекарственного обеспечения; система управления качеством медицинской помощи медицинских организаций; экономический анализ эффективности применения медицинских технологий, клинико-экономический (фармакоэкономический) анализ; редкие («сиротские») медицинские технологии; качество медицинской помощи больным с дефицитами факторов свертывания; формулярная система; медицина, основанная на доказательстве; оценка и выбор медицинских технологий. Все эти вопросы являются актуальными и своевременными в свете проводимых в настоящее время реформ здравоохранения.

За 10 лет развития системы стандартизации здравоохранения страны проделана огромная работа: сформированы структура стандартов в здравоохранении, уровни и иерархия стандартизации, определены принципы стандартизации и правила отбора медицинских технологий, созданы экспертные коллективы по разработке нормативных документов (основополагающие документы, лабораторная служба, сестринский процесс, служба крови, психиатрия, лекарственное обеспечение, гематология, неврология) и отдел стандартизации в здравоохранении НИИ общественного здоровья и управления здравоохранением Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова. Разработано более 500 стандартов медицинской помощи и около 30 протоколов ведения больных. Действует Формулярный комитет РАМН и формулярные комиссии по всей стране.

Участники конференции отметили необходимость разработки методологии клинико-экономического анализа неблагоприятных побочных реакций на лекарственные средства и реализации ее в службе клинической фармакологии, в федеральном и региональных центрах мониторинга побочных реакций на лекарственные средства.

Для объединения усилий клинических фармакологов, специалистов по фармакоэкономике, медицине доказательств и фармакоэпидемиологии, по развитию системы рационального лекарственного обеспечения в России и СНГ и во исполнение предложения Евразийского альянса фармакоэкономических обществ (EURASPOR, Астана, ноябрь 2007) и Ассоциации клинических фармакологов Санкт-Петербурга решено организовать издание журнала «Клиническая фармакология и фармакоэкономика» как объединенного печатного органа упомянутых организаций, Межрегиональной общественной организации «Общество фармакоэкономических исследований», других организаций, разделяющих цели и задачи нового журнала. Главной темой журнала должны стать вопросы рационального лекарственного обеспечения граждан страны. Поручить юридическое оформление журнала издательству «Ньюдиамед». Поддержать издание нового журнала «Доказательная медицина и клиническая эпидемиология» (главный редактор Власов В.В.), который

начинает выходить с января 2008 г.

Участники конференции сформулировали следующие решения.

Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации:

— ускорить утверждение наработанных проектов стандартов медицинской помощи для активизации пилотного проекта в области повышения качества медицинской помощи;

— создать Координационный совет по обеспечению качества медицинской помощи из числа представителей 19 регионов, участвующих в реализации пилотного проекта, направленного на повышение качества услуг в сфере здравоохранения, отдела стандартизации в здравоохранении НИИ общественного здоровья и управления здравоохранением Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова, МИАЦ;

— поручить Координационному совету разработку нормативно-правовой базы, в том числе — положения о региональной тарифной комиссии, правилах и методиках формирования и защите тарифов на медицинскую помощь;

— утвердить актуализированную версию Номенклатуры работ и услуг в здравоохранении;

— провести рецензирование проекта методических рекомендаций по внедрению стандартов в регионе и медицинской организации, опубликовав текст на сайте МОООФИ; включить в документ установку, что регионы могут самостоятельно разрабатывать и утверждать стандарты первичной медицинской помощи с использованием правил и принципов стандартизации в здравоохранении и с учетом утвержденных стандартов для специализированной и амбулаторно-поликлинической медицинской помощи; передать проект рекомендаций на утверждение в Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации;

— уточнить юридический статус стандартов медицинской помощи, протоколов ведения больных, клинических рекомендаций общественных организаций;

Федеральному агентству по техническому регулированию и метрологии:

— ускорить утверждение разработанных национальных стандартов по службе крови, лабораторной практике, сестринскому процессу и протоколов ведения больных;

— внести изменения в положение о ТК 466 при Ростехрегулировании с целью приведения его в соответствие с изменившимся законодательством;

— решить вопрос о координации деятельности всех ТК, занимающихся проблемами создания нормативных документов в сфере здравоохранения, медицинской и фармацевтической промышленности.

Межрегиональной общественной организации «Общество фармакоэкономических исследований»:

— разработать методологию сбора и анализа информации о применении медицинских технологий в типичной практике здравоохранения, в первую очередь — в области создания и работы регистров больных с различными заболеваниями;

— ускорить работы по созданию национального стандарта по регламентации качественной оценки медицинских технологий.

ИнтерНьюс

Рынок частных клиник в России стремительно набирает обороты

Доля частных клиник в России не превышает 5—10% от их общего количества (для сравнения: в Израиле — 12%, в странах ЕС — 15%, а в США — 20%). Тем не менее, сегмент коммерческих лечебных учреждений развивается со скоростью 12% в год. Но даже если рынок достигнет американских показателей, говорить об альтернативности частной медицины не придется: ведь клиентура частных клиник — главным образом, обеспеченные жители мегаполисов. Государственная система здравоохранения останется залогом национального здоровья (по крайней мере, так происходит во всем мире).

Бизнес заинтересован в прибыли: самые доходные и популярные частные клиники — стоматологические. Далее в порядке убывания: мануальная терапия и неврология, гинекология и урология, офтальмология. На 5-м месте косметология, дерматология и эстетическая хирургия. Отметим, что 70% предприятий рынка частной медицины — специализированные центры, частные многопрофильные клиники в меньшинстве, их база — города-миллионники (по числу частных клиник лидируют Москва, Санкт-Петербург и Новосибирск).

«На рынке частной медицины присутствуют разные виды конкуренции, — рассказывает в эфире РБК-ТВ в программе «Сфера интересов» директор медицинского центра «Архитектура здоровья» Ирина Галушко. — Клиники конкурируют как между собой, так и с государственными учреждениями». Конкуренция с последними состоит, конечно, в уровне сервиса: здесь частные клиники на высоте. Отличаются частники и подходом к здоровью, концентрируя внимание на комплексном лечении и широкой диагностике. Впрочем, за качество медицинской помощи в частном секторе никто не отвечает пока...

Источник: www.rbc.ru

Новый препарат против СПИДа стоит 802 млн долларов

Организация «Разработчики и Производители Медикаментов Америки» (Pharmaceutical Research and Manufacturers of America), объединяющая ведущие фармацевтические компании США, сообщила, что ныне в процессе испытаний находятся 92 новых препарата, предназначенных для борьбы с эпидемией ВИЧ-инфекции.

Среди них 20 вакцин (теоретически способны предотвращать заражение) и 46 анти-вирусных препаратов. Некоторые используют принципиально новые методы борьбы с этим заболеванием. Так, один из препаратов теоретически способен блокировать вирус, пытающийся проникнуть внутрь клетки; три других препарата активизируют иммунную систему инфицированного человека, что позволяет избежать осложнений, обычно вызываемых СПИДом.

Первое лекарство, предназначенное для борьбы с ВИЧ-инфекцией, впервые появилось ровно 20 лет назад — в 1987 г., уже через 4 года после того, как был впервые идентифицирован вирус, вызывающий это заболевание. С тех пор появилось около 30-ти препаратов, предназначенных для борьбы с «чумой XX-го века». По оценкам Национальных Институтов Здоровья США «National Institutes of Health», ныне в США проживает около 422 тыс. больных и инфицированных (население страны превышает 300 млн). Большинство из них — чернокожие мужчины. Если больной получает современную терапию, то продолжительность его жизни увеличивается на 24,4 года, при этом стоимость лечения превышает 230 тыс. долларов.

По данным Центра Исследований Разработки Лекарств имени Тафта (Tufts Center for the Study of Drug Development), в США период испытаний новых медицинских препаратов обычно занимает 10—15 лет. В среднем, на людях испытывается лишь 5 из 5 тыс. биологически активных субстанций, имеющих шансы стать лекарством. Лишь 1 из этих 5 субстанций успешно проходит все стадии проверок и становится доступной для больных. В результате в среднем стоимость разработки, испытаний и вывода на рынок нового препарата составляет 802 млн долларов.

Источник: Washprofile.org

Начало на стр. 1 ↗

собой национальные стандарты, и внимание к этому виду документов (стандартам) резко упало. Но активная часть создателей системы стандартизации в здравоохранении приняла новые «условия игры» и продолжала работать как над национальными стандартами, так и над отраслевыми стандартами, стандартами организаций.

Межведомственный план мероприятий по реализации Концепции развития национальной системы стандартизации, принятой 28 февраля 2006 г. Правительством Российской Федерации (Распоряжение от № 266-р), предусматривает в том числе следующее.

Реорганизацию технических комитетов по стандартизации, устранение дублирования в проведении работ, активизация деятельности технических комитетов.

В стране их действует всего 364 технических комитетов, они работают в самых разных отраслях, 12 занимаются в той или иной степени вопросами, касающимися медицинских изделий и здравоохранения. Эти технические комитеты вместе со всем тем хаосом, который был в стране, тоже претерпевали изменения, как в худшую, так и в лучшую сторону. Часть технических комитетов совершенно перестала работать, в их состав входят люди преклонного возраста, знания которых не соответствуют современному уровню научно-технического прогресса. И реорганизация таких технических комитетов — одна из задач Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии.

Разработку механизмов привлечения к разработке стандартов представителей органов исполнительной власти, научных организаций, общественных объединений, предпринимателей и потребителей.

На примере того же министерства здравоохранения можно показать разные модели отношения к стандартизации. Например, стандартизация медицинской техники, финансово, по крайней мере, да и с научной точки зрения, практически не курируется министерством здравоохранения. Это направление традиционно формирует Ростехрегулирование, и никакой активности Минздравсоцразвития нет. Мы регулярно спрашиваем у Росздравнадзора, насколько полно в Программе разработки национальных стандартов отражены их интересы, и практически никогда от них не получаем ответа. Но есть другие направления, например, средства реабилитации инвалидов или социальное обслуживание населения, это другая часть Минздравсоцразвития, вот там традиционно, с помощью стандартов, сложные процессы регулируются. Они активно участвуют в разработке стандартов.

В реализации национального проекта «ЗДОРОВЬЕ» методами стандартизации принимают участие следующие технические комитеты по тематическим блокам:

Техническое обеспечение процессов профилактики, диагностики и лечения

ТК 11, 14, 279, 296, 380, 383, 422, 453

Клиническая диагностика и медицинские технологии

ТК 466

Лекарственные средства

ТК 350, 458

Технические средства реабилитации инвалидов

ТК 380

Социальное обслуживание населения

ТК 406

Ниже приведены названия Технических комитетов по стандартизации, работающих в сфере здравоохранения:

ТК 11 Медицинские приборы, аппараты и оборудование;

ТК 14 Медицинские инструменты;

ТК 279 Зубоврачебное дело;

ТК 296 Оптика и оптические приборы;

ТК 350 Лекарственные средства;

ТК 380 Технические средства реабилитации инвалидов;

ТК 383 Стерилизация изделий медицинского назначения;

ТК 386 Системы менеджмента качества в медицинской промышленности;

ТК 406 Социальное обслуживание населения;

ТК 422 Оценка биологического действия медицинских изделий;

ТК 453 Имплантаты для хирургии;

ТК 458 Контроль качества лекарственных средств;

ТК 466 Медицинские технологии.

Лекарственный комитет (ТК 350) практически не работает, может быть, потому, что лекарственные средства описаны фармакопейными статьями, их принимает Минздравсоцразвития. Другие ТК (за исключением ТК 466) существенно сократили свои работы из-за крайне недостаточного финансирования и невнимания со стороны министерства и его подразделений.

Законом предусмотрено, что вместо ранее введенных обязательных национальных стандартов будет принят целый ряд технических регламентов. Выписка из Правительственной программы разработки технических регламентов (см. таблицу) показывает, что исполнителями (выигравшими на конкурсной основе в конкурсе, проводимом Министерством промышленности и энергетики) зачастую стали организации, которые изначально были слабо подготовлены к разработке стандартов и не могли выполнить эту задачу так, как полагается (профессионально). Например, Можайское СКБ Мединструмент, по моим данным, имеет численность сотрудников — 3 человека. И оно выигрывает конкурс (на 2,5 миллиона рублей) на разработку важнейшего технического регламента... Подобного рода документ в рамках закона «О техническом регулировании» начался писаться еще в 1995 году. Писал его Комитет по здравоохранению Госдумы нескольких созывов, это был крайне важный документ, но из-за огромного количества противоречий он не был принят в те годы. И вот это сообщество из 3 человек, по мнению Минпромэнерго, могло такого рода документ разработать.

тов, кровезамещающих растворов и технических средств, используемых в трансфузионно-инфузионной терапии». Разработчиком было одна из организаций Санэпиднадзора. «Кровь и ее компоненты должны подлежать обязательному подтверждению соответствия требованиям безопасности в форме декларирования соответствия...» На мой взгляд (профессионала), декларирование — это самая слабая форма контроля, которая только существует в государстве. То есть сам производитель продукта декларирует, что он выпускает такой-то продукт, но где декларирует, как декларирует, совершенно непонятно. И в то же время в этом же регламенте (в пояснительной записке) говорится, что для препаратов крови и технических средств, используемых в трансфузионной и инфузионной терапии, безопасность обеспечивается путем обязательного подтверждения соответствия требованиям безопасности в форме обязательной сертификации. Обязательная сертификация — это значит проведение испытаний в независимой аккредитованной лаборатории с выдачей протоколов испытаний и последующей оценкой этих протоколов независимым органом по сертификации. Получается, что сама кровь должна декларироваться, а сосуд, в котором она хранится, должен подвергаться более сложной форме контроля. Это же абсолютно неправильный посыл внутри данного документа, поэтому специалистам нужно еще долго с этим разбираться.

Технический комитет ТК 466 и его подкомитет неоднократно собирались по поводу этого технического регламента, другие организации, в том числе и общественные, обсуждали его, и все выразили отрицательные отзывы и заключения. Документ не принят.

Оценить значимость работ по стандартизации в области здравоохранения среди всех проводимых работ по национальной стандартизации можно по числу заявленных тем, которое в Программе работ 2007 г. находится на втором месте после машиностроения среди 18 отраслевых комплексов.

Это говорит о том, что национальные стандарты по здравоохранению разрабатываются в неплохом

Наименование технического Регламента	ФОИВ, участвующие в организации разработки ТР	Сроки разработки	Корректировка исполнителей и сроков разработки	Исполнитель
О требованиях к безопасности медицинской техники и изделий медицинского назначения	Минпромэнерго Минздравсоцразвития Минобороны	IV кв. 2005— октябрь 2006	Росатом Ростехнадзор Октябрь 2006— ноябрь 2008	Можайское СКБ Мединструмент
О требованиях к биологической безопасности имплантатов	Минздравсоцразвития Минпромэнерго	I кв. 2005— Январь 2006	Январь 2006— январь 2007	НИИ физико-химической медицины
О требованиях к безопасности крови, ее продуктов, кровезамещающих растворов и технических средств, используемых в трансфузионно-инфузионной терапии	Минздравсоцразвития Минобороны Минпромэнерго	IV кв. 2004— июнь 2005	Июнь 2005— декабрь 2006	Федеральный центр государственного санитарно-эпидемиологического надзора
О требованиях к техническим средствам реабилитации инвалидов	Минпромэнерго Минздравсоцразвития	I кв. 2005— март 2006	Росспорт Март 2006— март 2007	ФГУП Рособорон-стандарт
О требованиях безопасности медицинских изделий для диагностики ин-витро	Минздравсоцразвития Минпромэнерго	Январь 2008		Федеральный центр государственного санитарно-эпидемиологического надзора

С лета этого года прекращены все работы по техническим регламентам по всем отраслям промышленности (их было 184 запущено). То, что сделано, а это небольшая часть, формально принято у разработчиков, проекты практически не согласованы ни с кем, они не соответствуют основной своей идее.

Почему были прекращены те работы над техническими регламентами? Из-за низкого уровня проектов. Вот пример «замечательного» технического регламента «О требованиях к безопасности крови, ее продук-

темпе, по сравнению с другими отраслями (в 2007 году были разработаны 50 стандартов). Нужно отдать должное техническому комитету «Медицинские технологии», немалый вклад в общее количество стандартов и качественное отношение к стандартизации внес именно данный технический комитет. Этому техническому комитету удалось вовлечь в работы по стандартизации огромное количество заинтересованных лиц и ассоциации пациентов и ассоциации врачей.



ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ: НЕОТЛОЖНАЯ ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА

Б.П. Богомолов

ИЗДАТЕЛЬСТВО НЬЮДИАМЕД

2007 г.

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

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

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

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

Заявки на приобретение можно направлять по адресу:

115446, Москва, Коломенский пр., д. 4, ГКБ № 7, издательство НЬЮДИАМЕД

Тел/факс (499) 782-31-09

E-mail: mtpndm@dol.ru

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

СТАНДАРТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

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

Эти стандарты мало доступны врачам.

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

Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

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

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

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

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

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

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

СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

1. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА

Категория возрастная: взрослые

Нозологическая форма: хроническая обструктивная болезнь легких

Код по МКБ-10: J 44

Фаза: обострения

Стадия: 1-3

Осложнение: без осложнений

Условие оказания: амбулаторно-поликлиническая помощь

Приложение
к приказу Министерства
здравоохранения и социального развития
Российской Федерации
от 23 ноября 2004 г. № 271

1.1. ДИАГНОСТИКА

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.09.001	Сбор анамнеза и жалоб при болезнях легких и бронхов	1	1
A01.09.002	Визуальное исследование при болезнях легких и бронхов	1	1
A01.09.003	Пальпация при болезнях легких и бронхов	1	1
A01.09.004	Перкуссия при болезнях легких и бронхов	1	1
A01.09.005	Аускультация при болезнях легких и бронхов	1	1
A02.09.001	Измерения частоты дыхания	1	1
A02.09.002	Измерение окружности грудной клетки	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
A05.10.001	Регистрация электрокардиограммы	1	1
A05.10.007	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных	1	1
A06.09.008	Рентгенография легких	1	1
A08.05.003	Исследование уровня эритроцитов в крови	1	1
A08.05.004	Исследование уровня лейкоцитов в крови	1	1
A08.05.006	Соотношение лейкоцитов в крови (подсчет формулы крови)	1	1
A09.05.003	Исследование уровня общего гемоглобина в крови	1	1
A09.09.001	Микроскопия мазков мокроты	1	1
A12.09.001	Исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков	1	1
A12.09.002	Исследования дыхательных объемов при медикаментозной провокации	0,5	1
A12.05.026	Исследование уровня кислорода в крови	0,01	1

2.1. ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА 1 МЕСЯЦА

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.09.001	Сбор анамнеза и жалоб при болезнях легких и бронхов	1	1
A01.09.002	Визуальное исследование при болезнях легких и бронхов	1	1
A01.09.003	Пальпация при болезнях легких и бронхов	1	1
A01.09.004	Перкуссия при болезнях легких и бронхов	1	1
A01.09.005	Аускультация при болезнях легких и бронхов	1	1
A02.09.001	Измерения частоты дыхания	1	1
A02.12.001	Исследование пульса	1	1
A02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	1
A12.09.001	Исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков	1	1
A19.09.001	Лечебная физкультура при заболеваниях бронхолегочной системы	1	5
A12.05.026	Исследование уровня кислорода в крови	0,01	1
A25.09.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях нижних дыхательных путей и легочной ткани	1	1
A25.09.002	Назначение диетической терапии при заболеваниях нижних дыхательных путей и легочной ткани	1	1
A25.09.003	Назначение лечебно-оздоровительного режима при заболеваниях нижних дыхательных путей и легочной ткани	1	1

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД**	ЭКД***
Средства влияющие на органы дыхания	Противоастматические средства	Сальбутамол	0,8		
		Ипратропия бромид + фенотерол	0,1	400 мкг	12 мг
		Формотерол	0,5	160 мг/400 мкг	4,8/12 мг
		Теофиллин	0,1	25 мкг	750 мг
		Теофиллин	0,4	600 мкг	18 мг
		Прочие препараты для лечения заболеваний органов дыхания, не обозначенные в других рубриках	0,8		
	Ацетилцистеин	0,6			
Гормоны и средства, влияющие на эндокринную систему	Неполовые гормоны, синтетические субстанции и антигормоны	Глюкокортикостероиды	0,3		
		Беклометазон	1		
		Будесонид	1		
		Флутиказон	0,4	800 мкг	24 мг
		Флутиказон	0,3	800 мкг	24 мг
Флутиказон	0,3	500 мкг	15 мг		

* – анатомо-терапевтическо-химическая классификация. ** – ориентировочная дневная доза. *** – эквивалентная курсовая доза

2. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА

Нозологическая форма: хроническая обструктивная болезнь легких

Код по МКБ-10: J 44

Фаза: обострения

Стадия: 1-2

Осложнение: без осложнений

Условие оказания: амбулаторно-поликлиническая помощь

2.1. ДИАГНОСТИКА

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.09.001	Сбор анамнеза и жалоб при болезнях легких и бронхов	1	1
A01.09.002	Визуальное исследование при болезнях легких и бронхов	1	1
A01.09.003	Пальпация при болезнях легких и бронхов	1	1
A01.09.004	Перкуссия при болезнях легких и бронхов	1	1
A01.09.005	Аускультация при болезнях легких и бронхов	1	1
A02.09.001	Измерения частоты дыхания	1	1
A02.09.002	Измерение окружности грудной клетки	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
A05.10.001	Регистрация электрокардиограммы	1	1
A05.10.007	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных	1	1
A06.09.008	Рентгенография легких	1	1
A08.05.003	Исследование уровня эритроцитов в крови	1	1
A08.05.004	Исследование уровня лейкоцитов в крови	1	1

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A08.05.006	Соотношение лейкоцитов в крови (подсчет формулы крови)	1	1
A09.05.003	Исследование уровня общего гемоглобина в крови	1	1
A09.09.001	Микроскопия мазков мокроты	1	1
A12.09.001	Исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков	1	1
A12.09.002	Исследования дыхательных объемов при медикаментозной провокации	0,8	1
A12.05.026	Исследование уровня кислорода в крови	0,5	1
A26.09.010	Бактериологическое исследование мокроты на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы	0,5	1

2.2. ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА 1 МЕСЯЦА

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.09.001	Сбор анамнеза и жалоб при болезнях легких и бронхов	1	1
A01.09.002	Визуальное исследование при болезнях легких и бронхов	1	1
A01.09.003	Пальпация при болезнях легких и бронхов	1	1
A01.09.004	Перкуссия при болезнях легких и бронхов	1	1
A01.09.005	Аускультация при болезнях легких и бронхов	1	1
A02.09.001	Измерения частоты дыхания	1	1
A02.12.001	Исследование пульса	1	1
A02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	1
A08.05.004	Исследование уровня лейкоцитов в крови	1	1
A08.05.006	Соотношение лейкоцитов в крови (подсчет формулы крови)	1	1
A12.09.001	Исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков	1	1
A19.09.001	Лечебная физкультура при заболеваниях бронхолегочной системы	1	5
A25.09.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях нижних дыхательных путей и легочной ткани	1	1
A25.09.002	Назначение диетической терапии при заболеваниях нижних дыхательных путей и легочной ткани	1	3
A25.09.003	Назначение лечебно-оздоровительного режима при заболеваниях нижних дыхательных путей и легочной ткани	1	3

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД**	ЭКД***
Средства влияющие на органы дыхания	Противоастматические средства		1		
		Сальбутамол	0,8		
		Ипратропия бромид + фенотерол	0,1	400 мкг	12 мг
		Формотерол	0,5	160 мг/400 мкг	4,8/12 мг
		Теофиллин	0,1	25 мкг	750 мг
		Теофиллин	0,4	600 мкг	18 мг
		<i>Прочие препараты для лечения заболеваний органов дыхания, не обозначенные в других рубриках</i>	0,8		
	Ацетилцистеин	0,6			
Гормоны и средства, влияющие на эндокринную систему	<i>Неполовые гормоны, синтетические субстанции и антигормоны</i>		0,3		
		Глюкокортикостероиды	1		
		Преднизолон	1	35 мг	420 мг
Средства для профилактики и лечения инфекций	Антибактериальные средства		1		
		Амоксициллин + клавулановая кислота	0,3	1,125 г	11,25 г
		Азитромицин	0,3	500 мг	5 г
		Кларитромицин	0,2	500 мг	5 г
		Моксифлоксацин	0,2	400 мг	4 г

* – анатомо-терапевтическо-химическая классификация. ** – ориентировочная дневная доза. *** – эквивалентная курсовая доза

2. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА

Нозологическая форма: хроническая обструктивная болезнь легких

Код по МКБ-10: J 44

Фаза: стабильное течение

Стадия: 2-4

Осложнение: хроническая дыхательная недостаточность, хроническое легочное сердце

Условие оказания: амбулаторно-поликлиническая помощь

2.1. ДИАГНОСТИКА

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.09.001	Сбор анамнеза и жалоб при болезнях легких и бронхов	1	1
A01.09.002	Визуальное исследование при болезнях легких и бронхов	1	1
A01.09.003	Пальпация при болезнях легких и бронхов	1	1
A01.09.004	Перкуссия при болезнях легких и бронхов	1	1
A01.09.005	Аускультация при болезнях легких и бронхов	1	1
A02.09.001	Измерения частоты дыхания	1	1
A02.09.002	Измерение окружности грудной клетки	1	1
A02.12.001	Исследование пульса	1	1
A02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	1
A05.10.001	Регистрация электрокардиограммы	1	1
A05.10.007	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных	1	1
A06.09.008	Рентгенография легких	1	1
A08.05.003	Исследование уровня эритроцитов в крови	1	1
A08.05.004	Исследование уровня лейкоцитов в крови	1	1
A08.05.006	Соотношение лейкоцитов в крови (подсчет формулы крови)	1	1
A09.05.003	Исследование уровня общего гемоглобина в крови	1	1
A09.09.001	Микроскопия мазков мокроты	1	1
A12.09.001	Исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков	1	1
A12.09.002	Исследования дыхательных объемов при медикаментозной провокации	0,5	1
A12.05.026	Исследование уровня кислорода в крови	0,1	1
A12.05.033	Исследование уровня углекислого газа в крови	0,1	1
A04.10.002	Эхокардиография	0,01	1

2.2. ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА 1 МЕСЯЦА

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.09.001	Сбор анамнеза и жалоб при болезнях легких и бронхов	1	1
A01.09.002	Визуальное исследование при болезнях легких и бронхов	1	1
A01.09.003	Пальпация при болезнях легких и бронхов	1	1
A01.09.004	Перкуссия при болезнях легких и бронхов	1	1
A01.09.005	Аускультация при болезнях легких и бронхов	1	1
A02.09.001	Измерения частоты дыхания	1	1
A02.12.001	Исследование пульса	1	1
A02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	1
A08.05.004	Исследование уровня лейкоцитов в крови	1	1
A09.09.001	Микроскопия мазков мокроты	1	1
A12.09.001	Исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков	1	1
A19.09.001	Лечебная физкультура при заболеваниях бронхолегочной системы	1	1
A18.05.010	Эритроцитаферез	0,01	1
A20.09.002	Оксигенотерапия (гипер-, нормо- или гипобарическая) при болезнях легких	0,001	10
A25.09.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях нижних дыхательных путей и легочной ткани	1	1
A25.09.002	Назначение диетической терапии при заболеваниях нижних дыхательных путей и легочной ткани	1	1
A25.09.003	Назначение лечебно-оздоровительного режима при заболеваниях нижних дыхательных путей и легочной ткани	1	1

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД**	ЭКД***
Средства влияющие на органы дыхания	Противоастматические средства		1		
		Сальбутамол	0,8		
		Ипратропия бромид + фенотерол	0,1	400 мкг	12 мг
		Формотерол	0,5	160 мг/400 мкг	4,8/12 мг
		Теофиллин	0,1	25 мкг	750 мг
		Теофиллин	0,4	600 мкг	18 мг
		<i>Прочие препараты для лечения заболеваний органов дыхания, не обозначенные в других рубриках</i>	0,8		
	Ацетилцистеин	0,6			
Гормоны и средства, влияющие на эндокринную систему	<i>Неполовые гормоны, синтетические субстанции и антигормоны</i>		0,3		
		Глюкокортикостероиды	1		
		Беклометазон	0,4	800 мкг	24 мг
		Будесонид	0,3	800 мкг	24 мг
	Флутиказон	0,3	500 мкг	15 мг	
Вакцины		Гриппозная вакцина	0,8		1 раз в год
		Бактериальные вакцины	0,5		1 раз в год

* – анатомо-терапевтическо-химическая классификация. ** – ориентировочная дневная доза. *** – эквивалентная курсовая доза

Круг обсуждаемых вопросов, вынесенных в повестку дня открытого заседания Форумного комитета РАМН: регламентация применения редких («сиротских») медицинских технологий с учетом отечественных разработок и зарубежного опыта, вопросы разработки перечня лекарственных средств для акушерской практики (акушерского формуляра), этические нормы работы Форумного комитета РАМН, обсуждение предложений о включении лекарственных средств в Перечень жизненно необходимых лекарственных средств, подготовка 5-го издания Справочника лекарственных средств Форумного комитета, создание профессиональной службы мониторинга программы лекарственного обеспечения при редких заболеваниях.

Работы по регламентации применения редких медицинских технологий ведутся Форумным комитетом уже на протяжении 3 лет: в 2005—2006 гг. был впервые создан, а в 2007 г. актуализирован Перечень редко применяемых медицинских технологий, разработаны правила его формирования. На сегодняшний день перед профильными комиссиями Форумного комитета стоит задача: на основании собственных разработок и с учетом зарубежного опыта, в частности, перечня «сиротских» лекарственных средств Евросоюза, сформировать обновленный Перечень редко применяемых медицинских технологий и опубликовать его в открытой печати и в Справочнике лекарственных средств Форумного комитета 2008 г. В России не существует механизмов, регулирующих порядок ввоза лекарственных средств для пациентов с редкими заболеваниями или угрожающими жизни состояниями. Существует только один документ — приказ Минздравсоцразвития России от 09.08.2005 № 494 «О порядке применения лекарственных средств у больных по жизненным показаниям», который не используется на практике. В Европейском союзе существует несколько нормативных документов, регламентирующих процесс использования незарегистрированных лекарств для пациентов с редкими заболеваниями или угрожающими жизни состояниями. Форумному комитету РАМН необходимо выступить с инициативой создания соответствующих нормативных документов.

Кроме того, в контексте обеспечения доступности редких медицинских технологий для пациентов важным итогом конференции следует считать решение о создании при Форумном комитете РАМН профессиональной службы для общественного контроля и мониторинга государственной программы лекарственного обеспечения больных с дорогостоящими, редкими нозологиями — гемофилией, муковисцидозом, гипопаратиреозом, болезнью Гоше, миелолейкозом, гипергаммаглобулинемиями и лимфопролиферативными опухолями, рассеянным склерозом, а также пациентов после трансплантации органов и тканей.

Форумным комитетом РАМН на протяжении многих лет ведется планомерная работа по формированию формуляров лекарственных средств. В настоящее время уже разработаны Перечень жизненно необходимых лекарственных средств Форумного комитета, стационарный, амбулаторный, педиатрический формуляры. Разрабатываемые формуляры носят рекомендательный характер и могут быть использованы медицинскими организациями при планировании затрат на лекарства, составлении стандартов, формуляров медицинских организаций. Медицинская организация может дополнять формуляры по отдельным разделам с

учетом объема оказываемой медицинской помощи. На протяжении нескольких последних месяцев проводилась подготовительная работа по созданию акушерского формуляра, однако после рассмотрения предложений экспертов Президиум Форумного комитета принял решение не создавать самостоятельный акушерский формуляр, а расширить позиции «Особенности применения» в формулярных статьях Справочника Форумного комитета и сделать соответствующие пометки о возможности и невозможности использования препаратов в акушерской практике в Перечне жизненно необходимых лекарственных средств Форумного комитета.

Одной из важнейших задач, стоящих сегодня перед Форумным комитетом, является разработка и внедрение в свою деятельность, в частности, в проведение экспертных процедур, Этического кодекса Форумного комитета РАМН. Разработка Этического кодекса актуальна для любого экспертного органа, принимающего рекомендательные решения в пользу неограниченного круга лиц, связанные с расходованием государственных, общественных финансовых ресурсов, из-за возможного наличия у экспертов собственных, личных интересов, которые могут приводить к принятию решений, полностью или частично противоречащих общественным интересам (потенциальный конфликт интересов). В настоящее время разработана первая версия проекта Этического кодекса Форумного комитета РАМН, которая была рассмотрена на настоящем заседании. Обсуждение вопроса о целесообразности создания и внедрения механизмов управления конфликтом интересов в деятельность Форумного комитета РАМН показало, что, несмотря на то, что в медицинском сообществе подчас существует непонимание значимости этих процессов, это решение является своевременным. Проект Этического кодекса после внесения изменений и дополнений, должен быть утвержден и опубликован в Справочнике лекарственных средств Форумного комитета в 2008 г.

Следует считать актуальной дальнейшую работу Форумного комитета РАМН по ежегодному переизданию Справочника лекарственных средств Форумного комитета. В издании 2008 г. будут включены вновь созданные Форумным комитетом документы в области лекарственного обеспечения, актуализированы и дополнены ранее созданные формулярные статьи, сформированы новые формулярные статьи на лекарственные средства, прошедшие экспертизу в комитете и получившие одобрение экспертов. Планируется бесплатная рассылка издания.

Получены положительные заключения экспертов Форумного комитета РАМН на препараты дарбэпоэтин альфа и алемтузумаб, поданные на включение в Перечень жизненно необходимых лекарственных средств; соответствующие предложения по включению препаратов в Перечень 2008 г. будут направлены в Минздравсоцразвития России.

Материалы открытого заседания Форумного комитета РАМН и резолюция будут размещены в Интернете (<http://www.rspro.ru>), опубликованы в газете «Вестник Московского городского научного общества терапевтов» и журнале «Проблемы стандартизации в здравоохранении», предложены к размещению в газетах «Фармацевтический вестник», «Медицинская газета», направлены в профессиональные медицинские общественные организации.

РЕШЕНИЕ ОТКРЫТОГО ЗАСЕДАНИЯ ФОРМУЛЯРНОГО КОМИТЕТА РАМН

5 декабря 2007 г., Москва

ПРОТОКОЛЫ МГНОТ

ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ СЕКЦИИ «ЧЕЛОВЕК И ИНФЕКЦИЯ» МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ от 16.05.2006 г.

Сопредседатель секции: Заместитель главного терапевта ГУЗ УДП д.м.н., проф. **В.Е. Ноников**; Заместитель главного инфекциониста ГУЗ УДП член-корр. РАМН, проф. **Б.П. Богомолов**

Постоянный оппонент проф. П.А. Воробьев
Секретарь: И.В. Тюрина

Повестка дня: «Инфекционная природа поражения желудка — мифы и реальность»

1. Проф. Е.А. Коган (кафедра пат. анатомии ММА им. И.М. Сеченова) «Н. Рulogi ассоциированные заболевания».

Этот год поставил точку в вопросе инфекционного поражения желудка — миф или реальность. Это реальность, которая была подтверждена присуждением Нобелевской премии двум ученым, которые открыли и изучили действие пилорического хеликобактера как этиологического фактора хронического пилорически ассоциированного гастрита. Хеликобактер может вызывать несколько заболеваний, таких, как хронические гастриты, язвенная болезнь 12-перстной кишки, рак желудка и мальтома желудка. Доказано облигатное значение в развитии рака желудка группы хеликобактерассоциирован-

ных заболеваний. Представлена характеристика бактерии, ее особенности, локализация в желудке, морфологическое представление о микроорганизме, патогенез ассоциированных с инфекцией заболеваний. Показано воздействие на слизистую, воспаление которой проходит несколькими путями. Описано токсическое действие на эпителий. Для примера был представлен многочисленный биопсийный материал, классификация двух основных моделей гастритов, вызванных инфекцией Н. Рulogi, их клинические симптомы и признаки. Не менее подробно было рассказано о важных морфологических изменениях, процессов пролиферации как до,



Продолжение на стр. 8

ИнтерНьюс

Хорошо отдохнуть можно всего за несколько дней — надо только напроць забыть о работе

Вы, возможно, думаете, что лучший способ не сгореть на работе — уйти в длительный отпуск. Однако то, как именно вы этот отпуск проведете, имеет не меньшее значение, чем его продолжительность, утверждает психолог факультета управления Университета Тель-Авива, профессор Д. Идэн. Качество отдыха зависит от того, насколько вы сможете отдалиться от рабочего процесса. «Лежать рядом с бассейном и при этом звонить по сотовому телефону и проверять корпоративную электронную почту — это не отдых, — подчеркивает ученый. — Люди, которые так поступают, находятся во власти электронных оков. Это мало чем отличается от тюремного заключения». Если человек не теряет связи с офисом во время отпуска, он не отдыхает. А это является причиной хронического рабочего стресса. Сотрудники, которые постоянно ощущают свою зависимость от работы, с меньшей вероятностью могут оправиться от негативного воздействия хронического рабочего стресса. «Это причинно-следственная цепочка, которая в итоге приведет к внутренним психологическим и поведенческим проблемам и в конце концов к серьезным хроническим заболеваниям», — предупреждает профессор Идэн. Он вместе со своим учеником О. Дэвидсоном, и профессором М. Уэстман опросили 800 ученых из 8 университетов Израиля, США и Новой Зеландии. Исследователи оценивали их психологическое состояние до, во время и после семестрового или годичного творческого отпуска. В результате оказалось, что «эффект передышки» у тех из них, кто брал длительный отпуск, был таким же, что и у тех, кто отдыхал всего 4—7 дней. Примечательно, что люди из обеих групп возвращались к доотпусковому уровню психологического напряжения примерно за одно и то же время. Не важно, был отпуск коротким или длился целый год: «эффект передышки» практически исчезает в течение 3 недель после возвращения на работу. Из всего этого ученый делает вывод: лучше отдыхать меньше, но чаще. Ставя себя в пример, психолог подчеркивает, что не желает быть рабом электронных приспособлений вроде сотовых телефонов. «Я пользуюсь мобильным телефоном, только когда еду навещать своих внуков», — добавляет профессор Идэн.

Источник: GZT.ru

Дожили: донора спермы заставили платить алименты семье лесбиянок

Британское Агентство по защите детей обязало донора спермы оплачивать содержание двух малолетних детей, родившихся в семье лесбиянок. По словам чиновников, британские законы защищают от аналогичных претензий только официально зарегистрированных доноров спермы, а 37-летний житель Лондона Э. Бэти заявляет, что пожертвовал свою сперму знакомой паре исключительно из дружеских чувств. По его словам, обе женщины убеждали его в том, что никогда не будут настаивать на его участии в воспитании и содержании потомства. Счастливый отец утверждает также, что он и его жена приняли решение не заводить собственных детей из-за недостатка средств. Лесбийская супружеская пара, живущая в официально зарегистрированном браке, обратилась к Бэти 5 лет назад. В результате оплодотворения донорской спермой на свет появились двое детей — девочка и мальчик. «До тех пор, пока акт усыновления не оформлен официально, финансовую ответственность за ребенка несут оба биологических родителя», — пояснил представитель Агентства по защите детей. Комментируя обстоятельства дела, представитель Агентства по искусственному оплодотворению и эмбриологии заявил, что законы Великобритании позволяют не рассматривать как отцов только сотрудничающих с зарегистрированными клиниками доноров спермы. Во всех остальных случаях факт биологического отцовства является для надзорных органов определяющим. В частности, это относится и к распространенной в Великобритании неофициальной практике торговли донорской спермой через Интернет.

Источник: MedPortal

ИнтерНьюс

Роды в 64 года — но что будет с ребенком?

В гинекологической клинике в Ашаффенбурге произошло то, что можно назвать сенсацией: в стенах клиники девочку родила 64-летняя женщина. Однако случай интересен не только своей сенсационностью. Одновременно ставится вопрос о практическом применении научных достижений. Это вопрос этики, ведь во главе угла оказывается судьба ребенка. Администрация клиники высказала свое сожаление в связи с тем, что подробности данных родов стали достоянием публики, и указала на то, что ни врач, принимавший роды, ни клиника «ни прямо, ни косвенно этой беременности не способствовали». 64-летняя женщина поступила к ним, будучи беременной, и ей была сделана операция кесарева сечения. Еще совсем недавно женщин, забеременевших ближе к 30 годам, называли «старородящими». Сегодня этим словом называют беременных старше 35 лет. 64-летняя женщина — это «более чем старородящая», поскольку она забеременела через несколько лет после наступления менопаузы. С точки зрения медицины, эта женщина не находится в детородном возрасте. Ребенок, которого она выносила, был зачат благодаря донорской яйцеклетке другой, значительно более молодой женщины. Клетка была оплодотворена «в пробирке» спермой мужа будущей матери. Причем вне Германии. Здесь донорство яйцеклеток запрещено законом. К. Талер считает донорство яйцеклеток «в принципе полезной вещью». Мюнхенский профессор является председателем Комитета университетских центров медицинской репродукции. В США он сотрудничал с врачами, которые подсаживали оплодотворенные донорские яйцеклетки молодым женщинам, перенесшим онкологическое заболевание и прошедшим курс химиотерапии, вследствие чего они больше не могли зачать ребенка естественным путем. «В Германии этот метод запрещен по причине возможных злоупотреблений», — объясняет он. Тем более что о случаях продажи яйцеклеток и использовании затруднительного материального положения женщин-доноров хорошо известно.

О женщине, родившей в клинике Ашаффенбурга, известно немного: у нее было несколько выкидышей, что и подвигло ее к этому шагу. К. Талер говорит: «Я удивлен, ведь наряду с радостью по поводу рождения ребенка этой женщине вскоре придется столкнуться с большими трудностями. У нее не было хороших советчиков». Примерно такие же аргументы приводит и Г. Кентених, профессор из Университета им. Гумбольдта и главный врач гинекологической клиники Немецкого Красного Креста в Берлине: «Если женщина многие годы безуспешно пыталась забеременеть, то нужно думать о ее душевном состоянии. Ей нужна квалифицированная психологическая помощь». При этом он также сожалеет, что донорство яйцеклеток в Германии принципиально запрещено. «Однако я против того, чтобы донорские клетки получали женщины, у которых уже наступила менопауза». При этом он думает не только о женщинах. «Мы не должны упускать из вида интересы ребенка. 64-летняя женщина может быть очень заботливой матерью. Но у нее не хватит сил, чтобы дать ребенку все необходимое. А в подростковом возрасте, когда ребенку так важны серьезные разговоры с родителями, этой женщине будет 79 лет. Или она уже умрет». За последние годы в Европе зарегистрировано несколько случаев рождения первенцев у женщин в возрасте за 60 лет. О них всегда говорилось как об успехе современной медицины. Также всегда подчеркивалось: «Мать и ребенок здоровы». Как и в данном случае, когда вес ребенка при рождении составил 2100 граммов, что заметно ниже нормы. Г. Кентених говорит: «Мы не знаем, не будет ли у него в дальнейшем задержек в развитии». Те люди, которые помогли забеременеть 64-летней женщине, должны были понимать, что риск преждевременных родов велик. При всем том ребенку нужно пожелать, чтобы он развивался хорошо. А позже — свыкнуться с мыслью, что его родители выглядят, словно бабушка и дедушка. И с тем, что именно так будут воспринимать их окружающие.

Источник: InoPressa

Начало на стр. 7

так и после проведения эрадикационной терапии. Также ёмко представлены гистологические препараты. Слушателям был объяснен каскад P. Coega. В заключении были представлены принципы лечения хеликобактерной инфекции с учетом рекомендаций европейского сообщества МААСТРИХТ.

Комментарий Воробьева П.А.: Приводится цитата из исследования 1923 года, Георга Эрнста Конечны, в которой упоминается бактерия, на основе этого исследования и было, очевидно, сделано открытие, впоследствии получившего Нобелевскую премию.

Ответ: Я не читала первоисточник. Но ученые привели доказательства этиологии. Но эти ученые не только открыли, но и дифференцировали хеликобактер, а также привели доказательства этиологии заболеваний.

Вопрос: Какие?

Ответ: Доказательства — постулаты Коха. В связи с первым постулатом, они заразили себя хеликобактером. Если есть возбудитель, то есть и гастрит.

Вопрос: Необязательно. Может быть гастрит, но не быть этого возбудителя. Существуют ли доказательства канцерогенности?

Вопрос: Если делать эрадикацию для себя, достаточно одного раза или это нужно делать при каждом обострении? Или сезонно, как профилактику язвенной болезни?

Ответ: Раньше проводили сезонно, но сейчас нет доказательств данных, что это было действительно профилактично. Сейчас есть 2 пути — эрадикационная терапия 1 и 2 линии, и после этого возникает вопрос реинфекции. Но тут нужно проводить генетическое исследование, то же штамм остался или нет. Взрослый человек не заражается пилорическим хеликобактером. Заражение происходит при инвазивных методах исследований. А заражение происходит до 5 лет, пока не сформирована иммунная система, слизистые оболочки.

Вопрос (Воробьева П.А.): Нужно ли немедленно бросать курить при язвенной болезни?

Ответ: Есть данные, что у курящих более долгое заживление и чаще осложнения. Но связи курения с хеликобактером неизвестна.

Комментарий Воробьева П.А.: В 70 годы английские ученые выявили, что немедленное бросание курения в момент обострения продляет его, так как является дополнительным стрессом. Поэтому немедленно курить бросать категорически нельзя.

Комментарий Богомолова Б.П. Сегодня были представлены интересные доклады, вызвавшие столкновение различных точек зрения. Я только добавлю, что необходимо помнить, что антибиотикотерапия, проводящаяся в три волны, может дать больше осложнений, чем пользы.

Ответ: Да, проводились исследования, но лично я бы поспорила с возникновением мальтомы.

XIX (82) сессия Общего собрания РАМН, обсудив некоторые итоги и перспективы научных исследований и разработок в области нанотехнологии и наноматериалов в медицине отмечает, что «нано-» означает «атомарно-молекулярный» уровень получения новых знаний в области наук о жизни и создания технологичных живых систем. Нанотехнологии определяют как совокупность методов и способов синтеза, сборки, структуро- и формообразования, нанесения, удаления и модифицирования материи..., направленных на создание материалов и систем с новыми свойствами, обусловленными проявлением наноразмерных феноменов (World Technology Evaluation Center).

Нанотехнологии и наноматериалы в медицине

Репортаж с XIX (82) сессии Общего собрания РАМН

Москва, 21 декабря 2007 г.

По прогнозам, мировой нанорынок к 2010 году достигнет 1 трлн долл. США. В США реализуется программа «Национальная нанотехнологическая инициатива», в Европе задействованы более 40 нанотехнологических лабораторий, финансируемых государствами и НАТО, в Японии нанотехнологиям придан высший государственный приоритет «Огато».

Президентом Российской Федерации В.В. Путиным было дано поручение от 18 апреля 2006 г. № 2533 подготовить федеральную целевую программу (ФЦП) развития нанотехнологии, включая междисциплинарные исследования и разработки. Правительство РФ 02.08.07 г. за № 498 утвердило программу «Развитие инфраструктуры наноиндустрии Российской Федерации на 2008—2010 годы».

РАМН активно работает в области нанотехнологий и наноматериалов, в 1998 г. был создан межведомственный научно-исследовательский и учебно-методический центр биомедицинских технологий, 26.04.00 г. Президиум одобряет Программу «Биотест-системы для обеспечения исследований, разработок, контроля качества и оценки биобезопасности человека»; 28.11.01 г. постановление № 347 — «Биочипы в медицинской диагностике и мониторинге окружающей среды». В развитие Постановления XI/74 Сессии общего собрания РАМН от 06.04.02 г. принимается постановление «Медицинские проблемы биобезопасности», а 25.05.05 г. Президиум принимает Постановление № 90 «Нанотехнологии в медицине».

Вопрос: Существует ли клональность?

Ответ: Да, есть моноклональность, В-лимфоцитов.

Вопрос: Связь хеликобактера и рака 12-перстной кишки?

Ответ: Связь пока не доказана. При дуоденитах может происходить переселение хеликобактера в 12-перстную кишку.

Комментарий Воробьева П.А. То есть прямых доказательств тому, что хеликобактер является «канцерогенным» нет? Язва, как и другие воспаления — уже предрак?

Вопрос: Нужно ли снижать кислотность из-за хеликобактера?

Ответ: Снижать нужно, но не до минимальных значений, так как в таком случае бактерия опускается ниже, и могут развиваться раки тела желудка.

2. Т.Л. Лапина (Клиника пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии им. В.Х. Василенко ММА им. И.М. Сеченова) «Эрадикационная терапия инфекции Helicobacter pylori».

В начале доклада были представлены показания к эрадикационной терапии согласно европейскому сообществу МААСТРИХТ. Пациент сам может настаивать на эрадикационной терапии, так как хеликобактер приводит к хроническому пилорическому гастриту. В 2004 г., в г. Сочи была проведена хирургическая конференция, на которую было представлено исследование. В нем принимали участие 164 мужчины в сроки от 1 месяца, до 28 лет после ушивания прободной дуоденальной язвы. Представлены результаты того, что дальше происходило с этими пациентами (% кровотечений в дальнейшем). Затем показана статистика смертности населения Российской Федерации от болезней органов пищеварения в 2001 г. согласно статистическим материалам Минздрава России. В докладе особое внимание было уделено лечению язвенной болезни с позиции медицины основанной на доказательствах (Кохрейновский обзор 2005 г.). На основе 53 исследований были сделаны выводы о том, что 1—2 недельный курс эрадикационной терапии эффективен при пилорической язвенной болезни. Подробно изложена терапия 1 и 2 линий эрадикационной терапии и рассмотрены специфические вопросы адаптации терапии 1 линии в различных географических регионах мира. На примере исследования МАСН 1 и МАСН 2 сравнены классическая тройная терапия и эрадикационная терапия, необходимость использования омепразола, ингибиторов протонной помпы, значения интрагастрального рН. Подробно проанализирована эффективность различных антибактериальных агентов в отношении хеликобактера пилори, оптимизация эрадикационной терапии, что снижает ее эффективность, первичная резистентность к препаратам 1 и 2 линии в целом, и отдельно в европейских странах, Москве и различных городских условиях.

Вопрос: Почему сложно выявить хеликобактер при атрофическом гастрите?

Ответ: Он не живет на атрофированной слизи.

Определяются приоритеты фундаментальных исследований прикладные перспективы в высокотехнологичной медицинской помощи, что нашло свое отражение в подготовленном под руководством Президиума РАМН проекте федеральной программы РФ на период 2008—2015 годы «Нанотехнологии и наноматериалы в медицине».

Заслушав выступления на пленарном заседании РАМН, общее собрание ПОСТАНОВИЛО:

Считать приоритетными исследования и разработки в области нанотехнологий и наноматериалов в медицине и необходимым предусматривать их в основных направлениях планов НИОКР.

Для осуществления государственной политики создания наноиндустрии в медицине считать целесообразным ускоренное развитие отечественных медицинской и биотехнологической отраслей промышленности.

Осуществить формирование медикотехнического отделения РАМН, как ранее рекомендовалось Общим собранием РАМН, и отделения фармацевтических наук с целью более полного охвата научным сопровождением, межотраслевой координации и кооперации исследований и разработок участников вне зависимости от их ведомственной принадлежности и форм собственности.

Президиуму РАМН доработать Программу «Нанотехнологии и наноматериалы в медицине», «Биотест-системы для научных исследований контроля качества и оценки безопасности человека». Подготовить предложения по совершенствованию разрешительной системы страны на основе современных нанобиотест-систем различного назначения с учетом обсуждения и внести в Правительство РФ.

Председателям президиумов СО и СЗО РАМН, академикам-секретарям отделений РАМН, директорам НИУ РАМН при планировании и проведении НИОКР руководствоваться настоящим постановлением.

Просить Минздравсоцразвития совместно с РАМН активировать работу межведомственных научных советов, средоточивая их усилия на приоритетных направлениях и стыках наук.

В ежегодных докладах Президенту РФ и Правительству РФ систематически отражать состояние и перспективы развития наноиндустрии России в интересах медицины и улучшения качества жизни.

П.М. Барышев

Среди миллионов единиц хранения наших музеев есть экспонаты поистине удивительные. Например, подарок Иосифу Сталину, вышитый бисером безрукой Пелагеей Семеновой, инвалидом детства. Как это можно сделать, уму непостижимо, но доказательство — на витрине под стеклом. Причем, в музей это чудо попало не потому, что его вышили пальцами ног, а потому, что предназначался он Вождю народов.

Такое отношение к личности и таланту в стране Советов было нормой, да и после мало что изменилось. Тогда была власть идеологии, сегодня — денег, и все, что не ложится в схему, мало интересно. Чтобы просто человека, а тем паче, инвалида заметили за этими могучими скобками, нужен недюжинный талант и особенное стечение обстоятельств. Как, например, у инвалида детства Рубена Давида Гонсалеса Гальего, несколько лет назад получившего «Букера» за автобиографический роман «Белое на черном». Писать Гальего было о чем, такую биографию придумать невозможно, как немислимо прожить и такую жизнь.

Рубен, внук генсека Испании, родился в Москве в 1968 году со страшным диагнозом — ДЦП: медицина в этом случае только соболезнает. Чтобы не травмировать его мать, высокопоставленную пациентку, сказали, что ребенок умер, и отвезли ужасного младенца куда подальше. Весь кошмар своей жизни в детских домах и клиниках развитого социализма Гальего и описал в романе-биографии, оттюканном на компьютере одним действующим пальцем. Сегодня Рубен живет в Мадриде, он наконец встретился с матерью, был дважды женат, о нем сняли фильм и как бы хэппи-энд. Вот только проклятое детство и память об унижениях никогда не уйдут из памяти.

Судьба дала Рубену талант и деда-генсека. А вот когда нет ни того, ни другого, а только страшная болезнь, но хочется жить и любить, что тогда?

Почему земля наша так щедра на таланты, тайна великая, может, почва особая, может, климат вдохновительный; а сама Россия, как балзамин-недотрога: чуть какой катаклизм, так и полетели семечки-таланты оплодотворять чужие континенты. А там отношение к таланту и личности другое. И в этой связи поговорим о загранице.

В самом центре Лондона, на Трафальгарской площади стоит уникальный памятник. Нет, не классический монумент адмиралу Нельсону: похожие столпы возносятся над всеми центрами бывших империй, а беременной безрукой художнице по имени Элисон Лэппер, самому известному в Британии инвалиду. Первое чувство при виде фигуры из белого мрамора — недоумение: это что?! Потрясение не проходит и позже, когда тебе объясняют — что.

Всем известно, как относились в твердокаменной Спарте к «неполноценным» детям. Слово неполноценный можно ставить и без кавычек: в прямом смысле человеческое существо, родившееся без рук, ног, или с другими отклонениями, неполноценно, потому что в цене полный комплект составляющих частей. Спартанцы сбрасывали неудавшихся детей в пропасть, а чтобы не пропустить замаскированного инвалида, слабеньких младенцев — на пробу — погружали в ванну с вином. Труба звала крепких воинов.

И вот сегодня, в сердце столицы мира Лондоне поставили памятник не царю или герою, а инвалиду, ничем себя городу и миру не заявившему, кроме факта мучительного бытия. Собственно, это и есть потрясение номер один. Второе — личность самой Лэппер и общество, в котором она живет.

Жизнь инвалида-ребенка — особенное страдание. У него нет воспоминаний о безмятежном детстве, ласках любящей матери, о приобретенных в той, полноценной жизни друзьях и семье. Героями, способными превозмочь этот кажущийся кошмар, могла бы гордиться и негальская Спарта.

Мать отказалась от Элисон сразу, и ее трудно осуждать: у ребенка не было рук, а вместо ног торчали уродливые обрубки. Диагноз поставила сама природа: смерть или жизнь растения. Уродливого растения. Но девочка не просто выжила, она состоялась как личность. О своей жизни Лэппер рассказала в автобиографии «Моя жизнь в моих руках». Название и есть суть подвига: своими несуществующими руками Элисон крепко держится за жизнь, заставив ее работать на себя.

Детей, подобных Лэппер, в доме инвалидов называли «странными маленькими созданиями» (Рубена называли жестче). Над ними не особенно глумились, но всем они были безразличны. Чужие, лишние: слова, которые слышишь всегда. Позже, когда потребность хотя бы в случайном сочувствии преодолевается, приходит ожесточение, часто агрессивность, иногда надежда — только на собственные силы. И еще яростное стремление доказать не бесполезность своего рождения.

Впервые мать навестила Элисон, когда ей было четыре года, и изредка брала в свою новую семью. Отношения не складывались: в этом домашнем гнезде девочка боялась остаться вечно жалеемым не желанным уродом, а она хотела стать личностью. К тому же, семья матери жила в маленьком провинциальном городке, а Элисон понимала: чтобы добиться цели, у нее должны быть другие возможности. Она хотела учиться, работать и быть свободной. Все удалось, она стала творческим человеком, у нее своя благотворительная организация «Рот и нога», объединяющая художников-инвалидов. Но памятник на Трафальгаре выстрадан ею в полной мере.

Лэппер долго думала, прежде чем дать согласие скульптору Марку Квинну: она была беременна, а нужно было позировать часами, к тому же, для полного сходства с оригиналом с нее снимали «живые» объемы, используя специальные материалы. Скульптура сделала Лэппер известной не только в Британии, но и в мире; теперь она много путешествует, выступает на всевозможных конференциях. Среди интересующих ее тем — аборт на поздней стадии беременности инвалидов и — приоритет прав взрослых над правами детей. Позиция спорная, и именно для женщины с такой биографией. Впрочем, Лэппер может иметь свой взгляд на любую тему.

Между тем, обнаженная фигура калеки на Трафальгаре резко разделила общественное мнение. Одни увидели в памятнике безвкусовые упражнения в политкорректности, другие — поклонение героическому житию. И эти разногласия по частному случаю на самом деле отражают отношение к

Продолжение на стр. 10

ИнтерНьюс

Сразу после Нового Года в знаменитом лондонском королевском госпитале «Марсден» на последнем, 4-м этаже здания вспыхнул пожар

Там велись ремонтные работы. Все находившиеся в больнице пациенты и персонал, а это 900 человек, были эвакуированы, есть пострадавшие. Серьезно пострадали операционные палаты с дорогостоящим оборудованием. Пострадавшая клиника, расположенная в районе Челси, является старейшим в мире медицинским центром по лечению онкологических заболеваний и ведущим профильным учреждением в Великобритании. В отличие от России, где пожары в медицинских и социальных учреждениях стали привычным делом, а гибель в огне десятков человек никого не удивляет, для Англии такое событие является из ряда вон выходящим. Причины произошедшего еще предстоит выяснить, но с достаточной степенью вероятности это не будет сгнившая электропроводка.

Источник: 03.01.2008 Правда.ру

Здоровые зубы в РФ стоят 280 млн долларов в год

Рынок платных медицинских услуг в РФ прирастает на 12% в год, подсчитали в Министерстве здравоохранения и социального развития. Годовой объем рынка стоматологических услуг составляет 270—280 млн долларов, утверждают эксперты.

Фактически 280 млн долларов граждане РФ ежегодно платят за то, чтобы зубы не болели. Столько же тратят москвичи и гости столицы на посещение концертов: годовой объем концертного рынка Москвы — 250—300 млн долларов. Столько же составляет годовой объем торговли контрафактным российским вооружением...

Но, несмотря на то, что стоматология, как и пластическая хирургия, в силу своей дороговизны всегда на острие прогресса, доля сетевых клиник на этом рынке сегодня еще незначительна. В Москве, например, сетевыми являются всего лишь 24% из 920 негосударственных стоматологий. Зато около 30% рынка приходится на кабинеты с одним креслом и одним врачом. Остальная часть рынка — самостоятельные лечебницы с ежемесячным оборотом в 20—30 тысяч долларов.

«То, что 30% рынка приходится на одиночные кабинеты, — вполне нормально, — заявляет в эфире РБК-ТВ в программе «Сфера интересов» главный врач стоматологического центра Agamcenter Борис Агами. — Во всех странах мира так. Эти врачи-одиночки, не имея всей аппаратуры и не способные предоставить полный комплекс лечения, отправляют сложных больных к нам — в крупные стоматологические центры».

Источник: www.rbc.ru

Туберкулез постарел на полмиллиона лет

Полмиллиона лет назад люди уже болели туберкулезом. Признаки этой инфекции были обнаружены учеными при исследовании останков молодого человека, проживавшего на территории Турции. Ранее считалось, что туберкулез появился несколько тысячелетий назад — данные базировались на исследованиях тканей египетских и перуанских мумий. Д. Каппельмен из Техасского университета, руководивший международной группой экспертов из США, Турции и Германии, исследовал череп молодого мужчины. Останки принадлежали человеку, который, по мнению экспертов, относился к первым мигрировавшим из Африки людям — представителям вида «человек прямоходящий» (Homo Erectus). Ученым удалось обнаружить небольшие (1—2 мм) дефекты на кости черепа, форма и расположение которых свидетельствовали о том, что при жизни мужчина страдал туберкулезным лептоменингитом — воспалением мягкой и паутинной мозговых оболочек. Для этого заболевания, вызванного микобактериями туберкулеза, характерно образование так называемых туберкулезных бугорков, признаки которых могут быть обнаружены при исследовании черепа. Исследователи предположили, что погибший мужчина был восприимчив к инфекции вследствие снижения иммунитета, вызванного дефицитом витамина D. По их мнению, Homo Erectus, мигрировавшие к северу от тропических широт, страдали от этого дефицита вследствие недостатка солнечного света. Темный цвет их кожи, защищающий от солнечных лучей, усугублял этот гиповитаминоз, считают исследователи.

Источник: Medportal.ru

Уважаемые коллеги, читатели газеты

«ВЕСТНИК МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ МОСКОВСКИЙ ДОКТОР»

подписаться на нашу газету вы можете:

1. Через агентство РОСПЕЧАТЬ, каталог «ГАЗЕТЫ И ЖУРНАЛЫ». Индекс газеты — 19412.
2. Через редакцию газеты, заполнив бланк-заказ и оплатив указанную сумму (газета высылается по Вашему адресу в конверте). В платежном поручении и в почтовом переводе в графе «Получатель» обязательно указать ООО «МТП НЬЮДИАМЕД»

Бланк-заказ на подписку газеты на 2008 год в редакции
Ваш адрес просим указывать ПЕЧАТНЫМИ буквами.

Ф.И.О. подписчика	Почтовый адрес доставки (индекс обязательно)	I полугодие											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
		Цена в руб.											
		42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42
		2 полугодие											
		13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
		Цена в руб.											
		42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42
		ИТОГО: (впишите сумму)											

Квитанцию о переводе оплаченной Вами суммы и бланк заказа высылайте по адресу:

115446 Москва, Коломенский пр., 4, ГКБ 7, Кафедра гематологии и гериатрии ФППОВ
Тел./факс (499) 782-31-09. E-mail: mtpndm@dol.ru

РЕКВИЗИТЫ: Банк-получатель: АКБ «Стратегия» (ОАО), ИНН 770 224 522 О, КПП 770 201 001, К/с 301 018 100 000 000 005 05, Р/с 407 028 105 000 000 004 85, БИК 044 579 505

Для членов МГНОТ подписка остается бесплатной! Для тех, кто подписался на газету до 01.08.07 г. подписка остается бесплатной!

ИнтерНьюс

Теперь ясно, почему старики забывчивы

Специалисты из Гарвардского университета выяснили, с чем связано возрастное ухудшение памяти и почему некоторым старикам удается дольше сохранять остроту ума. По их мнению, основную роль играет система передачи информации между разными отделами мозга, которая в той или иной степени нарушается по мере старения. Ученые под руководством Д. Эндрюс-Ханна включили в исследование 93 здоровых человека в возрасте от 18 до 93 лет. Предварительно с помощью специальных тестов они убедились, что никто из пожилых людей не страдает ранней стадией болезни Альцгеймера. Всем добровольцам была проведена функциональная магниторезонансная томография (фМРТ) мозга. Кроме того, им были предложены психометрические тесты, позволяющие оценить память и другие когнитивные способности. Выяснилось, что по мере старения у участников возникали и усугублялись нарушения взаимосвязи между разными функциональными зонами мозга, отвечающими за те или иные психические процессы (память, восприятие и обработка данных и т. д.). С помощью этих «информационных каналов» мозг координирует информацию, полученную от разных его отделов. Нарушение этих процессов связано с разрушением материала «каналов» — белого вещества мозга, сообщили исследователи. В частности, ученым удалось обнаружить значительное нарушение взаимосвязей между передними и задними отделами головного мозга, которое возникало с возрастом и усугублялось по мере старения. «Мы обнаружили, что у молодых людей работа передней и задней части мозга была синхронизирована. У пожилых людей такого не было, поэтому их отделы мозга в меньшей степени взаимодействовали друг с другом», — сообщила Эндрюс-Ханна. По ее словам, степень нарушения синхронизации между отделами мозга у пожилых участников исследования была неодинаковой. Старикам, у которых эта система была более сохраненной по данным фМРТ, одновременно демонстрировали лучшие результаты психометрических тестов. По словам ученых, новые данные помогают лучше понять механизм возрастного снижения когнитивных функций и могут быть использованы при разработке метода, позволяющего затормозить развитие этих нарушений.

Источник: Medportal.ru

Кровотечение теперь можно заговорить

Ученые из американской корпорации Auroga Flight Sciences разработали новое средство для остановки кровотечения за несколько минут в случае серьезного ранения. Внешне новинка напоминает пакет, наполненный горохом. Его необходимо вложить в открытую рану, где он разбухнет и остановит ток крови. Оболочка пакета сделана из эластичного синтетического волокна (спандекса), способного растягиваться под давлением образующегося геля. Разработчики использовали широко распространённый хорошо впитывающий полимерный материал на основе полиакриловой кислоты. В ходе предварительных тестирований выяснилось, что так как порошок полимера поглощает только воду, он также ускоряет процесс свертывания крови. Использовать новинку можно везде: она заменит собою и обычные перевязочные материалы (например, дома или в клиниках, в случае небольших ранений), и жгуты (в случае крупных потерь крови, к примеру, на поле боя). Материал поглощает большее количество жидкости, и при этом его можно оставить в ране на достаточно длительное время (несколько часов), не опасаясь за жизнь или здоровье пострадавшего. Набухая, материал сдавливает рану и механически блокирует кровотечение. Чтобы полимер равномерно расширялся и так же равномерно поглощал водную составляющую крови, ученые смешали его с полипропиленовыми волокнами. Еще одно преимущество новинки: при площади ее поверхности почти в 20 квадратных сантиметров весит она всего около 50 граммов, поэтому поместится как в аптечке, так и в кармане солдатской формы. При этом полимер способен впитать жидкости почти в 30 раз больше собственного веса всего лишь за 2 минуты, а обратно ее не выпустит специальный верхний слой. Примерную стоимость одного пакета де Льюис оценивает в \$10. Не так уж и мало, если вдуматься, но все же дешевле, чем отдельное устройство, которое в войсках или больницах понадобилось бы в больших количествах. Новинка появится в массовой продаже примерно через год.

Источник: MEMBRANA

Начало на стр. 9 ↗

инвалидам вообще: от равнодушия, брезгливости до преклонения. Сама Элисон дистанцируется от подобного «плетесцита». Когда ее называют иконой мужества, она отвечает: «Я не героиня, то, что я делаю, очень эгоистично, я живу так, как хочу».

Это правда. Она одна воспитывает семилетнего сына, и ее будни предельно напряжены. Ее изувеченное тело много трудится, чтобы оставаться заботливой матерью, активным работником и красивой женщиной. Последнее немаловажно, ибо неукротимое женское начало помогло Лэппер стать тем, что она есть. Эта потрясающая леди показала не только себе самой (что главное), но всему миру абсолютную власть духа над телом. Потрясает и общество, в котором она живет, ведь именно оно рискнуло поставить памятник инвалиду в виду монумента национальному герою.

Физическая жизнь Элисон абсолютно ограничена: в своем офисе она не может открыть дверь или окно, а компьютерный стол спроектирован особым образом, чтобы она могла двигать мышкой. Но макияж наносит сама, тщательно отбирая тени под тон продуманного туалета — всегда ярких тонов. Она повторяет это каждый день, всякий раз нагибая тело для мазка, сделанного пальцами стопы. И в 42 года это совсем не так легко, как в 20, и с каждым годом труднее, и жизнь становится сносной только после принятия анальгетиков: так сильны боли в спине и ногах.

Если бы только уход за собой! Она — бизнес-леди и одинокая мать со всеми вытекающими обязанностями. Поэтому нужно управлять машиной (у Элисон специально настроенный «ягуар»), возить сына на занятия в школу и следить за делами своей организации. Она каждый день отстаивает свое жизненное пространство, в котором все — от нанесения крема на лицо до устройства выставок в галереях требует воли и усилий.

Лэппер прошла и испытание семейной жизнью. Ее официальный брак продержался недолго, и причиной разрыва стало стремление мужа запереть ее дома, подчинить себе, т. е., лишить самого главного — свободы. В ее жизни появилась другая мужчина, но и он не захотел тягот отцовства. Однако Лэппер, когда-то поставившая себе цель — жить, как все, вопреки всему стала матерью, и теперь сын предмет ее особенного внимания и забот. Имя Парис было дано ему не без иронии, и пока мать — единственная красавица, которой он каждый день дарит разрезанное яблоко, а заодно наливает чай, вытирает пот со лба, помогает управлять инвалидной коляской, и много чего делает сын этой английской Венеры Милосской. Мир мальчика во многом замкнут на Элисон, и вспомним здесь ее позицию относительно прав детей...

Парис вызывает не меньший интерес, чем его знаменитая родительница. Многие считают, что у него нет детства, и ратуют даже за предоставление ему специальных каникул для отдыха от ухода за мамой. Жизнь такой семьи всем интересна, и этот сериал будут показывать еще долго. Что касается государства, ему можно поплодировать: у Лэппер двое помощников, оплачиваемых казной. И общественность может не растревлять себя картинками несчастного детства Париса: эти двое делают всю работу по дому.

Бродя по Интернету, наткнулся я на сентении одного известного украинского хирурга. Брюзжание — тема близкая нашей газете, да и хирургов иногда терапевтам следует слушать. Хоть бы и просто так, для приличия. В общем, размышления какие-то созвучные, прочитайте.

«О стиле дискуссии на современном «научном форуме» (Почти по Жванецкому)

Навеяно итогами одной научно-практической конференции.

Хватит спорить о научных идеях!!! Долой аргументацию выводов!!! Прочь академизм проведения диспута!!! Никакого уважения к оппоненту!!! Даешь новый, более высокий стиль спора. Спор «по мотивам». Спор ни о чем. Спор без фактов. Спор на темпераменте. Спор, переходящий от голословного утверждения на личность оппонента.

Что может говорить дальтоник об оттенках желтухи? Если оппоненту сразу заявить, что он дальтоник, аудитория сразу признает его побежденным.

О чем может спорить человек, проголосовавший не за тот блок? Какие взгляды на панкреатит может высказать мужчина, говорящий не на том языке? Пойманный с поличным, он сознается в великодержавном шовинизме и замолчит.

И вообще, разве может аудиторию интересовать мнение человека лысого, с таким носом и в очках? Пусть сначала исправит нос, отрастит волосы, а потом и выскажется.

Поведение в споре должно быть простым и наглым — не слушать собеседника, а смотреть ему в лоб, будто бы прицеливаясь. В самый острый момент потребовать документы об образовании, справку о судимости, сверить прописку, попросить характеристику с места работы или фотографию тещи с дарственной надписью, легко перейти на «ты», и сказать — «А вот это не твоего собачьего ума дело, мы так считаем — и все», и ваш оппонент будет, как ошпаренный.

Лэппер не скрывает своего тела: фотографии безрукой Венеры регулярно появляются в газетах и глянце. Кстати, о Венере Милосской. Впервые увидев ее изображение, Элисон по-иному стала смотреть в зеркало, поняв другую красоту. Но кто знает, что переступила эта женщина, сделав себя фактом общественной жизни. Ведь человечество никогда не было особенно гуманно к «нищим телом», и даже свое «браво» предпочитает скандировать издали.

Как можно измерить силу духа людей, отринутых обществом по факту рождения? Памятник Лэппер в Лондоне — преклонение и символ. Кто ТАК вспомнит о наших инвалидах?

И социологи, и психологи всегда отмечали особенную восприимчивость и полноту ощущений мира у инвалидов детства. Однако жертвенных родителей всегда было немного, а у государства хватает других проблем. И вот вся совокупность объективных данных ведет не к духовному росту человека, а, по официальному определению, к «синдрому социального инфантилизма». То есть, личность перестает существовать, потому что устает бороться за себя. У Лэппер и Рубена есть работа, дом, дети (у Гальего двое) и любовь, ради которой только и стоит жить. Такие сила воли и талант даны не всем, но все должны получать свою долю сочувствия. Никто не придумал ценности выше, чем любовь.

Инвалид детства Пелагея Семенова, вышивавшая пальцами ног бисерный подарок любимому вождю Сталину, никогда не была и уж, конечно, не будет символом мужества и терпения, как Лэппер. Страна Советов ее личный подвиг и не заметила: ведь это не стхановские нормы, или полет в космос, даже не спасение хотя бы одной человеческой жизни. Кроме собственной. И кому это интересно? Рубен Гальего живет с семьей в Мадриде: слава богу, сейчас другое время, и он смог воплотить свое предназначение. Но готово ли наше общество всматриваться в лица и судьбы тех своих граждан, кто волею судьбы полностью зависит от его благорасположения? Бросим мы их в пропасть, или дадим прожить свою единственную, уникальную жизнь?

Мраморная Лэппер на Трафальгарской площади Лондона делает для понимания таких затертых и умозрительных ценностей, как права человека и свобода личности, больше, чем все совокупные демонстрации, протесты и прочие шоу. Общество, где обездоленный, но противостоящий всему гражданин отнесен к национальному достоянию, может считать себя состоявшимся.

Елена Казеннова

От редакции: Женщина, чья скульптура установлена на Трафальгарской площади является жертвой талидомидовой катастрофы. В результате тератогенного действия этого синтетического в Европе родилось огромное количество таких калек. Все они получают пожизненное содержание от фирмы, производившей талидомид, а сам препарат был десятки лет запрещен. В последнее время произошло новое рождение талидомиды: показано, что он останавливает неонатальный опухоль, и его активно используют в терапии паранепротемических гемобластозов. В России препарат не зарегистрирован и поступает с трудом, как и другие «сиротские препараты».

В наше время, когда уничтожают кафедры и целые научные школы, мы должны поднять уровень спора до абстрактной высоты. Давайте рассуждать о трансплантации печени, не видев ни одной операции. Давайте сталкивать ученых, не читая их работ. Давайте спорить о технике операции, с теми, кто умеет ее делать, до хрипоты, до драки, воспринимая анатомию на слух, цвет на зуб, вонь на глаз, содержание сахара на вкус, представляя себе болезнь по настенному календарю домохозяйки, способ лечения по рецепту бабки из подворотни, устройством больницы по передаче «Здоровье», содержание монографии по рецензии.

Освоив такую культуру дискуссии, мы выведем нашу хирургию на уровень выше мировых стандартов, которых никто не видел, мы отбросим критерии доказательной медицины и до предела разовьем все семь чувств плюс интуицию, которая с успехом заменит информацию.

С чем и приходится всех поздравить. Брюзжающий медик»

ОБЩИЙ АНАЛИЗ

от П. Медика

ОПЯТЬ БРЮЗЖАНИЕ



Перов В. — Спор о вере. 1880—1881

В настоящее время особенно возрос интерес к вопросу самолечения в связи с регистрацией и поступлением в продажу большого ассортимента безрецептурных лекарственных средств, предназначенных для самолечения значительного числа заболеваний. Очевидно, что лекарства должны быть доступными без рецепта, если они могут использоваться безопасно для больного на основе самостоятельного диагноза. Важность самолечения возрастает и вследствие влияния чисто экономических факторов.

На прилавках российских аптек в последние годы появилось немало новых лекарств, изготовленных авторитетными фармацевтическими компаниями по самым современным технологиям. И, тем не менее, ситуация в этой области пока далека от идеальной. В первую очередь это те случаи, когда мы видим рекламу некоторых биологически активных добавок к пище (БАД). По оценкам экспертов, нелекарственные товары составляют от 5 до 50% ассортимента аптек в зависимости от вида предприятия. Среди нелекарственных

организма. Подобные рекомендации с одной стороны весьма неконкретны, а с другой — позволяют широко определять возможный спектр терапевтического применения.

Мифические преимущества БАД по сравнению с лекарствами, заявляемые в недостоверной рекламе, становятся причиной нескольких отрицательных явлений:

— могут пострадать пациенты, действительно нуждающиеся в лечении, назначении эффективных лекарственных препаратов, поскольку оттягивается время их обращения к врачу,



— наносится ущерб концепции ответственного самолечения при недугах,

— потребители (пациенты)

впустую расходуют значительные средства своего скудного бюджета на курсовые приемы БАД, которые нередко не соответствуют заявленным в недостоверной рекламе свойствам.

Конечно, больной через некоторое время, убедившись в «чудодейственных» свойствах БАДов при лечении заболевания, вернется к приему настоящих лекарств, но при этом время будет упущено, а процесс будет прогрессировать.

За рубежом практика продвижения, информационной поддержки и рекламирования продуктов для самолечения достаточно четко регламентирована. В частности, при FDA (США) в начале 90-х годов было создано специализированное подразделение, ответственное за стандартизацию, изучение действия и маркетинг пищевых или диетических добавок. Федеральные акты США дают четкое определение БАД и требуют указывать их принадлежность к не лекарствам на этикетках. За этим также призвана следить специальная комиссия по этикеткам. Она требует наличия ясного указания, что БАД не предназначен для лечения или профилактики.

В большинстве европейских стран стандартизация и маркетинг пищевых добавок также весьма жестко регламентированы. Несколько лет назад была принята Европейская Директива 2002/46/ЕС по регулированию их обращения. Она также определяет список витаминов и минеральных компонентов, допустимых при производстве БАД, и трактует БАД как продукты, для дополнения рациона питания.

Пациенты и врачи нуждаются в достоверной информации, гарантирующей безопасное, эффективное и рациональное использование средств, зарегистрированных в России в качестве лекарственных препаратов. Поэтому необходимо четко разделять настоящие лекарственные средства от биологических добавок к пище и, тем более, различных жевательных резинок, конфеток, пастилок, йогуртов, супов, вермишелей и прочих продуктов питания, претендующих на оказание некоего терапевтического действия.

Подобная практика может дискредитировать идеи самолечения, призванные повысить доступность лекарств и снизить расходы на здравоохранение. Совместные усилия фарминдустрии и регулирующих органов должны быть направлены на удовлетворение потребностей потребителя в безопасных и эффективных продуктах и сопровождаемых необходимой информацией.

ОБЩИЙ АНАЛИЗ

от Александра Быкова

БАДы КАК НАЦИОНАЛЬНАЯ БЕДА

Биологически активные добавки: сохранится ли доверие врачей и пациентов?

товаров наиболее близкими к лекарственным средствам продуктами по форме выпуска, маркетинговому позиционированию и другим характеристикам являются биологически активные добавки (БАД). БАДы представляют собой ценные и необходимые в некоторых случаях препараты, призванные компенсировать недостатки пищевого рациона и поддерживать здоровье человека.

В то же время, нередко наблюдается искусственное стимулирование потребления БАД, изменение их подлинного назначения и представление в виде «лечебных препаратов» за счет массивной и агрессивной рекламы. В этом случае БАД внедряются в рыночные сегменты лекарственных средств и составляют им немалую конкуренцию.

Многие БАДы обещают быстрое исцеление, устранение болезненных симптомов, достижение здоровья и т. д. Тем более что некоторые такие продукты в реальности далеко не безопасны. Бывает, что БАДы, зарегистрированные как общеукрепляющие добавки к пище, в дальнейшем рекламируются как уникальные средства для похудения. Нередко реклама продвигает БАДы не только для случаев легкого недомогания, контроля массы тела, но и для тяжелых опасных заболеваний (сердечно-сосудистые, онкологические, СПИД, гинекология, урология, психиатрия, наркология и др.), которые без своевременного лечения могут быстро прогрессировать и печально закончиться. Поэтому это становится не только личной, но и социальной проблемой.

Конечно, БАДы могут присутствовать на рынке и у них есть свои целевые потребители, использующие их для восполнения дефицита витаминов, минералов, микроэлементов и др. веществ, возникающего при несбалансированности пищевого рациона. Возражения вызывают их стремление представить себя чудодейственным уникальным средством, натуральным и абсолютно безопасным, экологически чистым и т. д. Использование утверждений, не подтвержденных клиническими исследованиями, а также стремление к «мимикрии» и выпуску БАДов в привычном для лекарств виде (таблетки, гранулы, капсулы, блистеры, флаконы, упаковки), в результате чего биологические добавки к пище воспринимаются пациентами в качестве лекарственных средств.

Введению в заблуждение потребителя способствуют и рекомендации по их применению как общеукрепляющих и улучшающих функциональное состояние многих систем

Уважаемые господа!

В 2008 году издательство «Ньюдиамед» начинает выпуск нового журнала

ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА И КЛИНИЧЕСКАЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

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

В журнале:

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

Главным объединяющим фактором будет внимание к качеству исследований, к научной обоснованности предлагаемых решений.

Подписаться на наш журнал вы можете:

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

Бланк-заказ на подписку журнала на 2008 год в редакции (журнал высылается по Вашему адресу в конверте). Ваш адрес просим указывать ПЕЧАТНЫМИ буквами.

Ф.И.О. подписчика	Почтовый адрес доставки (индекс обязательно)	1 полугодие		2 полугодие	
		Номера журнала			
		1	2	3	4
		Цена одного номера в руб.			
		500	500	500	500
		ИТОГО (впишите сумму):			

НАШИ РЕКВИЗИТЫ: Банк получатель: АКБ «Стратегия» (ОАО), ИНН 770 224 522 0, БИК 044 579 505, КПП 770 201 001, К/с 301 018 100 000 000 005 05, Р/с 407 028 105 000 000 004 85.

Квитанцию о переводе оплаченной Вами суммы и бланк-заказ высылайте по нашему адресу:

115446, Москва, Коломенский проезд, 4, ГКБ № 7, Издательство «Ньюдиамед».

При необходимости, издательство выставляет счет. Тел./факс: (499) 782-31-09, (495) 609-13-57

E-mail: mtpndm@dol.ru, balch@dol.ru, www.zdravkniga.net, www.zdrav.net, www.rspog.ru.

В платежном поручении и в почтовом переводе обязательно указать:

- в графе «Получатель» — ООО «МТП Ньюдиамед»;
- в графе «Назначение платежа» — адрес доставки,
- стоимость дана с учетом НДС (10%).

Сопредседатели секции:

— Богомолов Б.П.,
член-корр. РАМН,
д.м.н., профессор

— Чучалин А.Г.,
академик РАМН,
д.м.н., профессор

— Ноников В.Е.,
д.м.н., профессор

— Белевский А.С.,
д.м.н., профессор

Программа заседания:

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

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

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

Сопредседатели секции:

— Белевский Ю.И.,
член-корр. РАН, академик РАМН,
д.м.н., профессор

— Сандриков В.А.,
академик РАМН, д.м.н., профессор

— Глезер М.Г.,
д.м.н., профессор

— Савенков М.П.,
д.м.н., профессор, кардиолог

— Парфенов В.А.,
д.м.н., профессор, невролог

— Чупин А.В.,
д.м.н., профессор, ангиохирург

Программа заседания:

1. Круглый стол
2. Обсуждения
3. Доклад спонсоров

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

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

Сопредседатели секции:

— Богомолов Б.П.,
член-корр. РАМН,
д.м.н., профессор

— Чучалин А.Г.,
академик РАМН,
д.м.н., профессор

— Ноников В.Е.,
д.м.н., профессор

— Белевский А.С.,
д.м.н., профессор

Программа заседания:

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

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

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

Приглашение

**«Современные
схемы
антибакте-
риальной
терапии.
Трудности
и ошибки»**

19 февраля 2008 года
Начало в 17.00
Вход по приглашениям

ЧЕЛОВЕК И ИНФЕКЦИЯ

ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКАЯ СЕКЦИЯ

Выборы Жюри Премии им. Д.Д. Плетнева

На заседании Правления МГНОТ 26 декабря 2008 года подведены итоги голосования на выборах Жюри Премии им. Д.Д. Плетнева.

В голосовании приняли участие 26 членов Правления МГНОТ в состав Жюри Премии были предложены следующие кандидаты

Кандидат в состав Жюри Премии им. Д.Д. Плетнева		% голосов
Гогин Евгений Евгеньевич	член-корреспондент РАМН, профессор	88
Мухин Николай Алексеевич	академик РАМН, профессор	62
Сыркин Абрам Львович	академик РАЕН, профессор	46
Маколкин Владимир Иванович	член-корреспондент РАМН, профессор	38
Насонов Евгений Львович	член-корреспондент РАМН, профессор	35
Симоненко Владимир Борисович	член-корреспондент РАМН, профессор	35
Лазебник Леонид Борисович	д.м.н., профессор	31
Моисеев Валентин Сергеевич	академик РАМН, профессор	31
Богомоллов Борис Павлович	член-корреспондент РАМН, профессор	27
Глезер Мария Генриховна	д.м.н., профессор	15
Ноников Владимир Евгеньевич	д.м.н., профессор	15
Яковлев Валентин Борисович	д.м.н., профессор	4
Сторожаков Геннадий Иванович	академик РАМН, профессор	4

На основании результатов голосования утвержден состав Жюри Премии им. Д.Д. Плетнева: Гогин Е.Е., Мухин Н.А., Сыркин А.Л., Маколкин В.И., Насонов Е.Л., Симоненко В.Б.

Приглашение

**«Мешают ли
стандарты
нестандартному
мышлению
врача?»**

28 февраля 2008 года
Начало в 17.00
Вход по приглашениям

КАРДИОЛОГИЧЕСКАЯ СЕКЦИЯ

АНГИОЛОГИЧЕСКАЯ СЕКЦИЯ

Сорбифер® Дурулес®**Оптимальный препарат железа****Для лечения и профилактики железодефицитной анемии**

Сорбифер® Дурулес® включён в новый "Перечень лекарственных средств, отпускаемых по рецепту врача при оказании дополнительной медицинской помощи отдельным категориям граждан, имеющим право на получение государственной социальной помощи"

Введён Приказом
Минздравсоцразвития
от 2 декабря 2004 года
№ 296.



Регистрационное удостоверение П № 011414/01 - от 29.07.2005

Представительство АО "Фармацевтический завод ЭГИС" (Венгрия) г. Москва
123242 Москва, ул. Красная Пресня, 1-7, тел.: (495) 363-3966,
факс: (495) 956-2229, <http://www.egis.ru>, e-mail: moscow@egis.ru
Региональные представительства:
Санкт-Петербург: (812) 444-1391, Ростов-на-Дону: (8632) 63-8667

**Приглашение**

**«Желудочно-
легочная
болезнь»**

4 марта 2008 года
Начало в 17.00
Вход по приглашениям

ЧЕЛОВЕК И ИНФЕКЦИЯ

ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКАЯ СЕКЦИЯ

Вестник МГНОТ (бесплатное приложение для врачей к журналу «Клиническая геронтология»). Тираж 6000 экз.

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

РЕДАКЦИЯ: Главный редактор П.А. Воробьев

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ: А.В. Власова (ответственный секретарь), А.И. Воробьев, В.А. Буланова (зав. редакцией), Е.Н. Кочина, Л.А. Положенкова, Т.В. Шишкова, Л.И. Цветкова, В.В. Власов, О.В. Борисенко

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ: Воробьев А.И. (председатель редакционного совета), Ардашев В.Н., Беленков Ю.Н., Белоусов Ю.Б., Богомоллов Б.П., Бокарев И.Н., Бурцев В.И., Васильева Е.Ю., Галкин В.А., Глезер М.Г., Гогин Е.Е., Голиков А.П., Губкина Д.И., Гусева Н.Г., Дворецкий Л.И., Емельяненко В.М., Зайратьянц О.В., Заславская Р.М., Иванов Г.Г., Ивашкин В.Т., Кактурский Л.В., Калинин А.В., Каляев А.В., Ключев В.М., Комаров Ф.И., Лазебник Л.Б., Лысенко Л.В., Маколкин В.И., Мартынов И.В., Михайлов А.А., Моисеев В.С., Мухин Н.А., Насонов Е.Л., Насонова В.А., Ноников В.Е., Палеев Н.Р., Пальцев М.А., Парфенов В.А., Погожева А.В., Покровский А.В., Покровский В.И., Потехин Н.П., Раков А.Л., Савенков М.П., Савченко В.Г., Сандриков В.А., Симоненко В.Б., Синопальников А.И., Смоленский В.С., Сыркин А.Л., Турин В.П., Хазанов А.И., Цурко В.В., Чазов Е.И., Чучалин А.Г., Шпектор А.В., Ющук Н.Д., Яковлев В.Б.

Газета распространяется среди членов Московского городского научного общества терапевтов бесплатно

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

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

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

При перепечатке материала ссылка на Вестник МГНОТ обязательна.

За рекламную информацию редакция ответственности не несет. Рекламная информация обозначена **δ**