



ПРЯМАЯ РЕЧЬ

Я потомственный стоматолог: мои мама и отчим, который меня воспитал, оба были стоматологами, оба работали в Московском медицинском стоматологическом институте (ныне Московский государственный медико-стоматологический университет). Отчим, Вадим Николаевич Копейкин, был одним из ведущих специалистов, выдающимся врачом, автором учебников по стоматологии. К окончанию школы я не представлял себя никем другим, кроме как стоматологом, а когда начал учиться в институте, то окончательно понял, что это точно мое. Я очень люблю свою работу, получаю от нее удовольствие, особенно, когда что-то сложное получается.

Родители были стоматологами-ортопедами, и я тоже стал ортопедом. Но в начале учился в ординатуре по хирургической стоматологии в ЦНИИСе. С тех пор у меня две любви: хирургическая

стоматология и ортопедическая стоматология. После окончания ординатуры работал в районной поликлинике, потом поступил в аспирантуру в Центральный институт усовершенствования врачей, защитил кандидатскую диссертацию и пришел работать в ММСИ на кафедру госпитальной ортопедической стоматологии. Педагогическая деятельность всегда приносила мне не меньше удовольствия, чем лечебная. Я стал ассистентом кафедры, потом доцентом, защитил и докторскую диссертацию, стал профессором. С ноября 2004 года возглавил кафедру факультетской ортопедической стоматологии МГМСУ.

Мне действительно нравится работать со студентами, мне не хватает этого, я периодически веду занятия вместе с нашими молодыми педагогами. С молодежью интересно, особенно когда у них глаза горят, и они тянутся к знаниям. Я 16 лет преподаю, и вижу, что всегда в группах есть несколько очень хороших студентов, которые хотят учиться и из которых выйдет толк. Конечно, всегда есть те, кто считает медицину бизнесом и пришли научиться деньги зарабатывать...

Раньше после института мы попадали, как правило, в районную поликлинику, ведь такого количества частных клиник не было. Для начинающих врачей стоматологические поликлиники были прекрасной школой, там работали опытные врачи, которые помогали профессионально. Силен был и воспитательный момент, они нас очень жестко держали. До сих пор главный врач поликлиники, которая меня когда-то принимала на работу, Светлана Георгиевна Чеповская возглавляет эту поликлинику. Простая, но очень хорошая московская районная поликлиника № 2. Мы не прервали связей, продолжаем общаться и сотрудничать, врачи этой поликлиники являются соавторами протоколов ведения больных по стоматологии.

Можно ли сегодня лечиться в простых поликлиниках? Конечно. Качество работы у них хорошее. При нашей кафедре в течение уже нескольких десятилетий работает городская комиссия Департамента здравоохранения Москвы по качеству ортопедического лечения и зубного протезирования, сейчас ее возглавляет наш доцент Екатерина Сергеевна Ирошникова. Когда я писал докторскую, то изучал работу этой городской комиссии с 1996 по 2001 г., анализировал экспертные заключения по качеству стоматологической помощи. В те годы процентные доли жалоб на врачей-стоматологов точно совпадали с процентным соотношением муниципальных поликлиник, частных, ведомственных клиник, университетских клиник. Это говорит о том, что уровень качества стоматологической помощи в этих ЛПУ был одинаковым. Тогда в частные клиники, которые только образовывались, ушли лучшие специалисты из муниципальных поликлиник. И частные клиники тогда давали высокий уровень качества лечения и сервиса. Сегодня ситуация изменилась: растет не только поток жалоб, но и меняется их структура: основными «поставщиками» конфликтов стали частные стоматологические клиники. Качество работы у ряда из них упало, нередко, руководствуясь в первую очередь экономическими целями, там принимают на работу молодежь без

Зубы, зубы, морщины и бюст...



Профессор Малый Александр Юрьевич

ациональным, а цена за него — одинаковой и взвешенной. В ортопедической стоматологии лечение всегда было платным, просто в советское время платили не за медицинскую помощь, а за материалы. Хотя коммерциализация сейчас очень сильна, и это часто мешает качеству.

Почему в муниципальных клиниках по-прежнему не плохой уровень помощи? Да потому что работает много опытных врачей, так сказать, «старой закалки», у них отношение к работе и к пациенту более ответственное. Все, конечно, на совести конкретного врача. Как говорит Президент МГМСУ академик Н.Д. Юшук: «Тот, кто работает за креслом, миллионером никогда не станет». Ну, невозможно качественно отпрепарировать в день больше 4–6 зубов, если говорить об ортопедической стоматологии. На каждый зуб уходит от 30 до 40 минут, это достаточно тяжело, даже с помощниками.

Но ведь есть частные клиники, в которых перед врачами поставлена одна задача: вытащить деньги из пациента, отпрепарировать как можно больше, навязать любую дорогостоящую конструкцию. Или пациентов уговаривают удалить зубы, согласиться на протезирование, на имплантаты или предлагают другие сложные конструкции, лишь бы не заниматься трудоемким и недорогим лечением. Придумать можно все что угодно, сказать, например, что пациенту нужны металлокерамические протезы только на каркасах из золота, иначе разовьется аллергическая реакция на материалы, якобы таких случаев масса. Мы специально занимаемся этим вопросом, провели специальное исследование — ретроспективный анализ более двух тысяч историй болезней и более трех тысяч пациентов, прошедших лечение у нас на кафедре: частота встречаемости аллергии на конструкционные материалы зубных протезов оказалась низкой — всего 0,2%. Но проблема существует, и этим немногим пациентам нужно оказывать адекватную помощь. Аллергопробы на материалы перед лечением не решают проблему: пациент при аллергопробе на материал может не

дать аллергическую реакцию, потом материал в ходе наших зуботехнических манипуляций обрабатывается, его аллергенные свойства могут меняться. Предложили свою

...основными «поставщиками» конфликтов стали частные стоматологические клиники.

методику для пациентов группы риска: на протезе делается специальное утолщение, чтобы после того, как готов протез, оттуда можно было взять образец и использовать его для аллергопробы.

Пациенту проводим также тесты в нашей иммунологической лаборатории. На этот способ получили патент. Сейчас разрабатываем алгоритм ведения пациентов группы риска для протокола ведения больных.

Как отличить простому смертному хорошего стоматолога от плохого? Очень трудно. Наверно, только по рекомендациям родственников, друзей. Рекламе я бы не доверял. Обещают поставить пломбу, которая простоят 20 лет, — это же очевидное вранье. Обещают изготовить мягкие съемные протезы, это тоже не совсем правда: применяться эти протезы могут только по очень ограниченному показанию, а их навязывают всем, кто только может заплатить. Потом их все равно приходится переделять. Конечно, есть внешние признаки: хороший врач будет работать только в маске и перчатках, работает аккуратно, не торопясь, тщательно обрабатывает полости, часто проверяет себя — делает рентгеновские снимки (за время лечения канала 2–3 снимка). Возраст врача вряд ли имеет значение. Хороший врач всегда отговорит пациента от ненужного лечения, хотя ему это, конечно, невыгодно. Помощь нужно оказывать, только если нарушена функция: жевание, звукообразование, если дефекты влияют на эстетику. А плохой врач будет выполнять все, что хочет пациент, поощрять «жертв рекламы». Стоматология — это медицина, и для любого вмешательства должны быть строгие показания. В общем-то, ведь речь идет о знаниях и совести врача. Мы учим студентов, чтобы они соблюдали заповедь: относиться к своему пациенту так, как хотел бы, чтобы отнеслись к тебе.

Важнейший фактор в обеспечении качества стоматологической помощи — образование — на студенческой скамье и в течение всей профессиональной жизни. И возможность для усовершенствования, овладения новыми технологиями у врачей-стоматологов сегодня есть. Стоматологические факультеты и кафедры работают в большинстве медицинских университетов по всей стране, МГМСУ — ведущий в этом направлении образования (ректор проф. О.О. Янушевич). Наш университет — первый ВУЗ в России, который претендует на международный сертификат качества стоматологического образования. Совсем недавно у нас прошел международный аудит образовательной программы по специальности «стоматология». Эксперты Европейской ассоциации стоматологического образования дотошно обследовали наши клинические базы, изучали, как работает наша система подготовки стоматологов. Их интересовал и сам процесс обучения, и практическая база, и как в вузе оценивается уровень знаний, как проводится государственная аттестация. Многие европейских специалистов удивляло, они же не знают российской специфики. Например, в России одна из лучших школ по лечению болезней пародонта, созданная еще профессором В.Ю. Курляндским, и, естественно, мы этому учим студентов. Но в России и очень много патологии пародонта! Это приводит к удалению большого количества зубов,

Как отличить простому смертному хорошего стоматолога от плохого? Очень трудно. Наверно, только по рекомендациям родственников, друзей. Рекламе я бы не доверял.

часто всех. Поэтому одна из основных проблем нашей специальности — это протезирование при полном отсутствии зубов. Именно на нашей кафедре мы подробно преподаем этот раздел нашим студентам. В Европе ситуация несколько иная. В Германии в 1990 году, в одном из небольших городов была всего одна женщина без зубов, которая приходила в клинику, как на работу, ей деньги за это платили, ее студентам показывали, они учились слепки снимать. У нас структура стоматологической заболеваемости иная, и мы соответственно реалиям готовим специалистов. В нашем вузе создана первая в России кафедра пародонтологии и гериатрической стоматологии.

Помимо вузов, образовательную деятельность ведут и профессиональные объединения. Так, Стоматологическая ассоциация России (СтАР) организует по стране мастер-классы, проводит выставки во многих регионах, в

Можно ли сегодня лечиться в простых поликлиниках? Конечно. Качество работы у них хорошее.

ИнтерНьюс

Система менеджмента качества докати-лась до британских патологов

В больнице Wrexham Maelog в Северном Уэльсе начаты повторные проверки образцов тканей 4,5 тысяч пациентов, ранее признанных здоровыми. Выяснилось, что работавший там патолог не заметил как минимум три случая рака, сообщает BBC.

Ошибки врача — 64-летнего Р. Уильямса — обнаружены после введения в мае прошлого года системы выборочного «двойного контроля» отрицательных результатов биопсии. В настоящее время в больнице проводится независимая проверка всех образцов тканей, исследованных доктором Уильямсом в период с апреля 2006 г. по сентябрь 2007 г. Кроме того, будут выборочно проверены 10% образцов, изученных Уильямсом с сентября 2004 г. Для пациентов, сдававших анализы в указанный период, открыта «горячая линия».

«Хотя проверка еще не окончена, стало ясно, что среди уже изученных образцов имеется еще 12 случаев, которые могли быть неправильно диагностированы. Фонд уже вышел на контакт с этими пациентами», — говорится в сообщении Фонда Государственной службы здравоохранения (NHS) Северо-Восточного Уэльса. По данным газеты Telegraph, 2 из этих 12 человек скончались от рака. Р. Уильямс занимал пост медицинского директора Фонда Государственной службы здравоохранения Северо-Восточного Уэльса, но 3 года назад вышел на пенсию и продолжил работать в качестве патолога в больнице. Коллеги отзывались о нем как об «очень уважаемом и компетентном» специалисте. После выявления ложноотрицательных результатов тестов Уильямс был немедленно уволен.

Внедряемая система показывает, насколько ответственным является «мнение» одного специалиста в таком сложном для морфолога случае, как диагностика онкопатологии. В связи с этим необходимо озадачиться проблемой и нашим патологам, которые, увы, не отличаются в лучшую сторону от своих английских коллег.

Источник: МедПортал

Биодобавки с пробиотиками смертельно опасны?

Регуляторные органы Нидерландов объявили о начале расследования обстоятельств смерти 24 пациентов, принимавших участие в испытаниях экспериментальной терапии панкреатита пробиотиками. Результаты ранее проведенных исследований свидетельствовали о том, что пробиотики могут способствовать снижению интенсивности воспалительных процессов в поджелудочной железе.

Исследование проводилось Медицинским центром Утрехтского университета в нескольких голландских клиниках в 2004—2007 гг.

В группе из 296 пациентов с панкреатитом, получавших пробиотики, скончались 24 человека, тогда как в контрольной группе — только 9. Причины пока неизвестны.

Пробиотики — живые культуры лактобактерий, энтерококков и бифидобактерий, используемые для нормализации состава кишечной флоры. Эти микроорганизмы содержатся в кефире, йогуртах и других молочных продуктах, потребление которых, как считается, способствует нормализации процессов пищеварения и устранению дисбактериоза. Биодобавки с пробиотиками были предоставлены для исследования голландской компанией WinClove.

В октябре 2007 г. по настоянию голландских ученых было досрочно прекращено аналогичное исследование, проводившееся на территории Чешской республики.

Источник: МедПортал

Среди московских гастарбайтеров выявляют по 300 носителей ВИЧ в год

Ни один из этих людей, вопреки действующим законам, не был депортирован с территории РФ. Об этом, как передает РИА Новости, заявил на пресс-конференции глава столичного Комитета межрегиональных связей и национальной политики А. Александров.

Он отметил также, что в 2007 г. при обследовании рабочих-мигрантов было выявлено 600 больных туберкулезом и более 12 тысяч больных гепатитом. В целом же носителями опасных инфекций оказываются до 14,5% от общего числа прибывающих в Россию иностранцев, подчеркнул чиновник.

Источник: МедПортал

Общество фармакоэкономических исследований совместно с Департаментом здравоохранения и социальной защиты Белгородской области 17—18 января 2008 г. провело очередную конференцию «Стандартизация в здравоохранении: технологии внедрения стандартов оказания медицинской помощи в практическое здравоохранение». Регион входит в группу субъектов Российской Федерации, включенных в проект в рамках реализации национального проекта Здоровье.

Качество нужно не контролировать, им нужно управлять!

Конференция по стандартизации в Белгороде



Первый день конференции был посвящен выступлениям команды МОООФИ о перспективах развития управления качеством в здравоохранении в России, об устройстве системы здравоохранения и о методологии внедрения стандартов медицинской помощи на уровне субъекта РФ и медицинской организации, о доказательной основе стандартов медицинской помощи, о системе управления качеством в медицинской организации. Выступления были восприняты с большим энтузиазмом аудиторией, представленной главными врачами и их заместителями из большинства медицинских организаций области.

В общей сложности на конференции присутствовало около 120 человек. Участникам встречи от МОООФИ запомнился первый приезд в Белгород лет 7—8 назад — в зале зачумленные главврачи-хозяйственники: они добывали картошку на пропитание своих участковых и районных больниц, и им было не до стандартов и не до всех передовых идей. «Не трэба». Сейчас лица слушателей поменялись, стали поинтеллигентнее. Смотрят на экран, кивают головами, переживают.

Второй день был посвящен выступлениям специалистов из Белгорода, которые доложили о собственном опыте управления качеством. Так, территориальное управление ФОМС уже на протяжении почти десяти лет использует компьютеризированные системы персонализированного учета лекарств. С другой стороны, все акценты в системе управления качеством смещены исключительно на методы контроля, основанные на экспертной оценке. В результате оценка эффективности работы медицинских организаций ведется на основе субъективной экспертной оценки, а не на основе объективных критериев — индикаторов качества.

Обращает внимание, что на уровне медицинских организаций и в области в целом отсутствуют формуляры лекарственных средств. Тем более, никакого анализа с точки зрения доказательств жизненной важности используемых лекарств не используется. Не проводится и фармакоэкономический анализ.

Руководитель службы скорой медицинской помощи области рассказал о внедрении стандартов скорой медицинской помощи. В последнее время, например, реально стал использоваться тропониновый тест для догоспитальной дифференциальной диагностики инфаркта миокарда, небулайзеры при астматических приступах. В результате существенно снизилась необоснованная госпитализация отдельных групп пациентов. При обсуждении выяснилось, что из-за быстрой доставки пациентов с инфарктом в специализированный стационар проблема тромбоза при инфаркте миокарда в условиях оказания медицинской помощи скоромощной бригадой не актуальна и перенесена на стационарный уровень.

Интересно также, что в области в последний год введена дифференцированная оплата труда. Врач получает базовую заработную плату и надбавку, которая зависит от качества его работы, причем надбавка может быть раза в 3 больше, чем базовая ставка. Однако система мотивации перевернута с ног на голову: вместо доплаты за качество введены штрафные вычеты за низкое качество, или, по сути, вместо мотивации — наказание. Это, к сожалению, противоречит принципам управления качеством и снижает мотивационное значение предложенной технологии, отражая присущее многим руководителям командно-административное прошлое.

Врач первичного звена имеет свой денежный фонд (является, по сути, фондодержателем части средств, выделенных на общее ведение больного). Врач имеет деньги по количеству прикрепленных пациентов (64 рубля в месяц на человека) и расходует их на осмотры и параклинические исследования. Эти средства включают и оплату труда врача.

СВЕТСКАЯ ХРОНИКА

Расходование средств не контролируется, но качество работы врача оценивают с определенной периодичностью Общественные Советы (муниципальные власти, советы ветеранов и др.). Без системы индикации такая деятельность представляется громоздкой и неадекватной — как «общественность» может проконтролировать качество медицинской помощи, которая, особенно на амбулаторном этапе, чаще всего отсрочена от непосредственного оказания помощи: давление начали контролировать сейчас, а инсульта не будет и через 10—15 лет.

Пока, в рамках пилотного проекта, в Белгородской области внедрены 2 стандарта специализированной помощи: по сахарному диабету 1-го типа и синдрому диабетической стопы. Внедрение стандартов сопровождается внедрением индикаторов качества. Это достаточно интересный передовой опыт, хотя, по свидетельству авторов, внедрение происходит с трудом. Причин тому множество, в частности, относительная неэффективность ранее разработанных стандартов, отсутствие системы управления качеством как в регионе в целом, так и в медицинских организациях, незнание врачами и администраторами основ медицины доказательств, клинко-экономического анализа, приверженность к старым неэффективным технологи-

О. Борисенко

ям (например, использование давно забытых АТФ, стеклянных тел и других фетишей прошлого).



Вся высказанная критика была возможна по одной причине: администраторы и врачи в Белгороде активно работают и развиваются. Этот процесс невозможен без ошибок, так как никто еще не сказал, «как надо». Зато все твердо знают, как не надо.

Безусловно, следует отметить огромные финансовые, материальные вложения в медицину региона. Вообще Белгород очень изменился, в 1999 году был темным потертым городишкой, а сейчас город весь светится рекламными, подсветкой, огромная гора, на которой идет строительство жилья, строительные краны окутаны гирляндами, даже в темноте видно множество строек. На въезде в город почти километр торговых точек разных автопроизводителей, этакий Детройт в миниатюре. Впечатление очень преуспевающего места.

Невозможно узнать областную больницу: отстроены новые суперсовременные корпуса — всего за 5 лет везде произведен ремонт. Ремонта ждали где 30, а где и все 50 лет — с момента строительства больницы в 58—59 годах. В реанимации все палаты — шлюзы, причем некоторые — с тройными дверями и автоматическим открытием при нажатии локтем в стену. В реанимации и операционная с АИКом, пока кардиохирургические операции делаются тут. Но быстро строится на месте бывшего интерната кардиоцентр, а потом там будет и нейрохирургический (ангио) центр. Все это оснащено по последнему слову техники за счет средств региона. Врачи сюда едут отовсюду, в частности — из Белоруссии.

Огромный центр перинатологии, на самом деле — бывший роддом. Его достроили еще одним корпусом. Стоимость оснащения — 80 млн рублей, сказали нам врачи. Родовые сертификаты за прошлый год принесли 20 млн рублей. То есть, если не тратить на зарплату больше половины, то на родовые сертификаты можно оснастить еще такой центр за 4 года. Или, с учетом срока службы оборудования, постоянно обновлять весь парк аппаратов. Правда, если не воровать, как это нередко делают. Видимо, здесь с этим строго...

Не меньшее впечатление от районной больницы в Прохоровке — центре сражения на Курской дуге. Больницу впервые в ее жизни отремонтировали, в рамках национального проекта туда поступило много оборудования: эндоскопы, рентгеновский аппарат, маммограф, ЭКГ, две машины «скорой помощи» и реанимобиль. Последнее приобретение хоть и пафосно, но вызвало вопросы — а кто будет работать на нем, ведь это должна быть круглосуточная бригада. Людских ресурсов нет, да и вряд ли они нужны, когда из конца в конец района можно проехать минут за 20—30, а до области — полчаса. Ну да ладно, не нам оценивать экономическую эффективность национального проекта.

На совещании было решено учредить в Белгороде филиал МОООФИ. К тому же во время конференции в члены нашей организации вступило более 50 человек.

У белгородской медицины большое будущее. Так нам показалось.

Начало на стр. 1 ↗

год проходит до 30 СтАРовских мероприятий, где стоматологи получают всю самую последнюю информацию, в большинстве этих мероприятий принимают участие специалисты МГМСУ. Благодаря этому врачи на периферии могут быть в курсе всех достижений, даже если у них нет возможности для поездок на учебу в Москву, Питер. Хорошие стоматологи есть везде.

Потребность в информации о новых стоматологических методах и средствах велика, новшества сейчас внедряются быстро. Но если вспомнить историю стоматологии в послевоенный период, то было несколько технологических прорывов, которые изменили принципы оказания стоматологической помощи. Вскоре после войны были внедрены самоотверждающиеся пластмассы, люди получили возможность пользоваться пусть съемными, но косметическими, функциональными протезами. Следующий прорыв — широкое внедрение точного литья: стали доступны бюгельные протезы (впервые они были сконструированы и их классификация дана еще в начале 20 века). Потом появилась металлокерамика, затем, в конце 50-х, начала развиваться дентальная имплантология. В 80-ые годы появились светоотверждаемые композитные материалы. Помню, на выставке здравоохранения в 1984 г. увидел светоотверждаемый композит, который привезли японцы. У стенда собралось человек 200 врачей, протолкнуться было невозможно. Японцы посадили в кресло пожилую женщину — врача-терапевта, дали в руки фантом зуба, в полость ввели мягкий пломбирочный материал, осветили лампой и дали ей потрогать, постучать по нему. Она говорит: «Не верю. Давайте еще раз». И сейчас развитие технологий и материалов идет быстрыми темпами.

Сегодня в России доступна стоматологическая помощь по лучшим европейским стандартам. Стоматология стала безболезненной, бывают неприятные манипуляции, но боли нет. Огромную работу по внедрению самых современных технологий обезболевания проводит коллектив кафедры нашего вуза под руководством профессора С. А. Рабиновича. Применяются самые передовые медицинские стоматологические технологии.

Об имплантатах: имплантология вошла в повседневную жизнь, в обычную стоматологическую практику. В нашей стране — позже, чем в Западной Европе и Америке: в советское время дентальная имплантация была запрещена: были у нас «светила», которые в 50—60-е годы установили такой запрет, и имплантация у нас в стране практически не развивалась. Но в 1986 году вышел приказ Минздрава, который разрешил дентальную имплантацию. Первые имплантаты у нас стали делать в республиках Прибалтики. Постепенно и в России она вошла в клиническую практику, с середины 90-х годов стала рутинной, общепринятой технологией. В МГМСУ на кафедре факультетской хирургической стоматологии под руководством профессора С. Ю. Иванова была разработана первая отечественная имплантационная система «ЛИКО», которая отвечает всем международным стандартам. Качество имплантации, при выполнении по показаниям, правильной технологии, очень хорошее. Но главное — учитывать показания и противопоказания: ведь из 100% пациентов, которым гипотетически можно сделать имплантат, при строгом соблюдении показаний и противопоказаний для имплантации подойдут 15—20 человек, и вот у них успех имплантации действительно достигает 90—95%. При всем уважении к хирургам, показания к имплантации определяет стоматолог-ортопед. И по международным требованиям стоматолог-ортопед должен присутствовать на операции. Ведь бывает так, что хирурги имплантаты

поставили, а потом ортопеды думать начинают, как бы на них что-нибудь закрепить. Нельзя делать имплантаты при деформации зубных рядов, нужно проводить серьезную подготовку, она часто связана со съемными конструкциями. А у нас в стране сегодня есть клинки, которые занимают «комплексным» обслуживанием, особенно женщин: зубы, бюст, губы, морщины и т. д... Имплантация — серьезная операция, с ней связан определенный риск. Поэтому я считаю, что это метод выбора, когда нельзя помочь традиционными способами протезирования или если это связано с профессией пациента, его психологическим статусом. Это не должно быть выбором, исходя из платежеспособности пациента.

Об отбеливании зубов: процедура не безобидная для тканей зубов. Я бы не советовал всем подряд это делать. Опять-таки врач должен до минимума исключить риск нежелательных эффектов. Кроме того, часто пациенты не задумываются, каким будет результат: естественные ткани отбеливаются, а вот пломбы нет. Представляете, какая красота во рту получается? И что потом — все пломбы перделывать? По телевизору показывают не естественные зубы, которые сияют под блеском софитов, и пациенты думают, что и они будут выглядеть, как телевизионные модели.

О брэккетах: до середины 80-х годов у нас в стране не слышали о системе исправления деформаций зубных рядов и прикуса с помощью бркет-систем. Конечно, были пластинки, ортодонтические аппараты, исправляющие прикус и т. д., но у бркетов, кроме косметического преимущества и удобства, есть еще самое главное — они позволяют изменять прикус во время функции, то есть во время жевания, нагрузки. В это время в западных странах бркет-системы уже повсюду применялись, они даже стали модными, (немцы придумали такую умную тактику их продвижения — мол, бркететы — это признак обеспеченности и заботы родителей). Их появление и широкое внедрение в ортодонтическую практику в нашей стране — во многом заслуга член-корреспондента РАМН Л. С. Персина, который организовал системное обучение врачей-ортодонтов, провел качественные научные исследования по эффективности и безопасности бркет-систем, создал первую и единственную на сегодня кафедру ортодонтии. Бркет-системы у нас дают блестящие результаты и у детей, и у взрослых. Но опять-таки только при соблюдении всех показаний и противопоказаний и в руках профессионала. Ведь и бркететы небезобидны. Иногда горе-специалисты добиваются такого, что у людей нарушается жевательная функция.

Однако далеко не все зависит от профессионализма врачей и качества стоматологических материалов. К сожалению, есть еще и другой фактор — у пациента нет мотивации к посещению врача. Диспансерное наблюдение у взрослых пациентов поставлено из рук вон плохо. После протезирования, даже своих пациентов, очень трудно заставить приходиться раз в полгода на контрольный осмотр. Большинство пациентов просто в голову не приходит зайти к врачу до тех пор, пока зуб не заболит или протез не развалится. В Европе это делается по-другому: ты не пришел на диспансерный осмотр к врачу, у тебя нет серьезного обоснования — почему, значит, за последующее лечение будешь платить сам, это очень стимулирует. А мы все уговариваем, приглашаем пациентов на контрольный осмотр. Конечно, есть среди них и «послушные», которые являлись на зов. Но большинство приходят только, когда их заставит боль. А ведь зайти к стоматологу — это очень просто: грамотному врачу, чтобы осмотреть пациента, 10—15 минут хватит. И ведь это до сих пор бесплатно!

ИнтерНьюс

Для восстановления сердечных ритмов американцы ставят аппаратуру в аэропортах, супермаркетах и рядом с почтовыми ящиками

Нарушениями ритма сердца страдает каждый 3-й житель земного шара. Проблема в том, что многие из нас считают аритмию безобидным заболеванием и десятилетиями не предпринимают никаких активных действий по ее лечению. При определенном стечении обстоятельств, от которого никто не застрахован, аритмия может привести к внезапной смерти от остановки сердца: человек просто теряет сознание и умирает — дома, на работе, на улице... В России ежегодно происходит не менее 250 тыс. таких случаев. Поскольку таких пациентов очень трудно «зафиксировать», возможно, что подобных случаев значительно больше.

В США умудряются вернуть к жизни 5—7% людей, перенесших остановку сердца, а у нас — только 0,001%. Одна из причин в том, что у нас не отлажена система публичного доступа к дефибрилляторам. Например, американцы кое-где разместили дефибрилляторы прямо на улицах, около почтовых ящиков, из расчета один дефибриллятор на 5—6 домов. Их жители за 20—30 минут проходят несложное обучение. Практика показывает, что количество возвращенных к жизни пациентов в таких районах возрастает до 25% в отличие от 5% в среднем по США. Надо также учитывать, что в США скорая медицинская служба и полиция приезжают на место вызова в течение 5 минут. А в Москве среднее время прибытия «скорой помощи» может превышать 45 минут — 1 час.

Источник: Аргументы Недели

Найден генотип системной красной волчанки

Четыре независимых исследования на эту тему были опубликованы в журналах Nature Genetics и New England Journal of Medicine. Только в США проживает около 1,4 миллиона пациентов с системной красной волчанкой. Причины СКВ точно не известны, однако предполагается, что в возникновении болезни играют роль как наследственная предрасположенность, так и факторы внешней среды. В исследованиях принимало участие в общей сложности около 10000 человек. Всем участникам, в том числе пациентам с системной красной волчанкой, их родственникам, а также здоровым людям, проводился анализ ДНК. Удалось идентифицировать 13 генов, повышающих риск развития СКВ, в том числе 6 не описанных ранее. Один из генов под названием ITGAM, расположенный на 16 хромосоме, связан с так называемой системной компонентой — совокупностью белков плазмы крови, участвующих в развитии иммунного ответа. Другой ген — BLK, расположенный на 8 хромосоме, — влияет на работу В-лимфоцитов, участвующих в образовании антител. Роль остальных 4 генов, расположенных на 3, 11, 1 и 4 хромосомах, в развитии системной красной волчанки пока остается неясной.

По мнению ученых, новые данные могут быть полезны в выявлении людей, предрасположенных к развитию заболевания. Кроме того, на их основе могут быть разработаны новые методы лечения, заключающиеся в блокировании «плохих» генов с помощью лекарств. Последнее особенно важно, поскольку в настоящее время СКВ считается неизлечимой.

Источник: МедПортал

Откройте рот: у вас рак груди

Американские ученые разработали тест, позволяющий диагностировать рак и доброкачественные опухоли груди по анализу слюны. Методика, предложенная стоматологами из Техасского университета, может быть использована для проведения скрининга. Метод основан на определении 49 белков-маркеров в слюне. Результат теста позволяет дифференцировать доброкачественные и злокачественные опухоли груди, подтвердили исследователи. Новый метод был успешно испытан на 30 пациентах, и в настоящее время ученые планируют проведение более масштабных исследований. Кроме того, стоматологи пытаются выявить в слюне маркеры и других онкологических заболеваний, что позволит расширить показания к применению теста.

По мнению руководителя исследования Ч. Стрекфуса, забором слюны и проведением теста должны заниматься врачи-стоматологи, так как женщины посещают стоматолога чаще, чем терапевта. Однако по мнению Д. Уолмсли из Британской стоматологической ассоциации, прерогатива проведения теста должна принадлежать терапевтам либо специализированным учреждениям.

Источник: МедПортал

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	
		1	2	3	4
Номера журнала					
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, Кафедра гематологии и гериатрии.

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%).

ИнтерНьюс

Нельзя рисковать здоровьем нации ради демографических показателей

В начале 2008 г. Минздравсоцразвития РФ обнародовало новый перечень медицинских показаний, по которым женщинам рекомендуют прервать беременность. Список, в котором ранее значилось около 200 противопоказаний, сократился на 92 заболевания. Документ утвержден главой ведомства Т. Голиковой. Отныне женщинам, страдающим умственной отсталостью, расстройством личности, хроническим алкоголизмом и токсикоманией уже не будут рекомендовать делать аборт. Из группы риска исчезли также женщины старше 40 лет и те, кто страдает заболеваниями почек, печени, некоторыми кардиологическими и сосудистыми болезнями. Речь идет об абортах после 12 недель, когда разрешается делать аборт только в случае, если беременность угрожает жизни матери или здоровью будущего ребенка. Минздравсоцразвития пошло на это из-за желания отрапортовать о том, что найден еще один путь решения демографической проблемы. Ведь сегодня Россия занимает первое место в Европе по количеству аборт: на каждые 10 родов приходится 13 прерываний беременности. В 2007 г., по официальным данным, было сделано порядка 1,5 млн аборт.

Погоня за цифрами отразится на здоровье будущих поколений. Уже сейчас многие опустившиеся матери сознательно идут на рождение больного ребенка ради получения материнского капитала. Хорошо известно, что если беременная злоупотребляет алкоголем, если у женщины есть неврологические или умственные расстройства, ребенок будет нездоров. От больных матерей нередко получают моральные уроды и садисты.

Парламентарии уверены, что сокращение списка медицинских показаний для прерывания беременности — плохой способ решения демографической проблемы. Они считают такой метод безответственным по отношению к нации и к детям, которые родятся от больных матерей.

Источник: Regions.ru

Жительница Ульяновска родила первенца в 56 лет

Ульяновская пенсионерка родила первого ребенка в 56 лет. По данным врачей ребенок появился на свет абсолютно здоровым, здоровью пожилой матери также ничего не угрожает. Бывшая воспитательница детского сада Раиса Ахметдинова и ее муж Рашид прожили в браке почти 30 лет. Супруги воспитывали 3-х детей от первого брака мужа, однако общих детей у них не было. Раиса беременела несколько раз, но всякий раз беременности заканчивались выкидышами — последний из них произошел 17 лет назад.

Зачатие столь позднего ребенка произошло естественным путем — без гормональной стимуляции и искусственного оплодотворения. О беременности женщине сообщили в поликлинике, куда она обратилась с жалобами на частые приступы тошноты.

Хотя беременность протекала нормально, пожилую пациентку на всякий случай дважды помещали в стационар на сохранение. Чтобы исключить возможные осложнения, женщине решили провести кесарево сечение. Младенец весом 2,63 килограмма и ростом 49 сантиметров появился на свет 13.01.08. Мать с первого дня кормит его грудью.

Средний возраст менопаузы — прекращения менструального цикла, после которого зачатие становится невозможным, составляет в среднем 51—52 года. В отдельных случаях месячный цикл, а значит, и возможность зачать ребенка, может сохраняться до 55 и более лет. Значительно чаще роды в столь позднем возрасте происходят в результате экстракорпорального оплодотворения, при котором используются донорские яйцеклетки, либо яйцеклетки самих пациенток, замороженные до выхода из фертильного возраста.

Источник: МедПортал

ПРОТОКОЛЫ МГНОТ

ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ СЕКЦИИ «ЧЕЛОВЕК И ИНФЕКЦИЯ» МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ ОТ 21.11.2006 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: Инфекционные факторы в развитии обострений бронхиальной астмы: взгляд терапевта, аллерголога и пульмонолога

1. Проф. В.Е. Ноников (ФГУ ЦКБ УДП РФ): Инфекции и бронхиальная астма.

В докладе освещены вопросы современной классификации бронхиальной астмы. В зависимости от течения бронхиальной астмы — интермиттирующего или персистирующего течения, практикуется ступенчатая система терапии. Докладчиком была отмечена большая роль инфекции в течении бронхиальной астмы. Ранее пациентам кроме специфической гипосенсибилизации к домашней пыли проводили гипосенсибилизацию бактериальными аллергенами, в результате чего пациенты госпитализировались в клинику в состоянии астматического статуса. Были подняты вопросы антибактериальной терапии при обострении бронхиальной астмы. Применение антибиотиков оправдано при тяжелых обострениях, особенно, когда ухудшение вызвано тяжелой бронхолегочной инфекцией и обострением ХОБЛ, у пожилых и у курящих.

Нозологическая форма бронхиальной астмы одна, но подходы к ее лечению различны, что зависит и от причины развития обострения, и от сопутствующих факторов, и принципов терапии — только бронходилататоры или антибактериальная терапия (выбор антибиотика зависит от агента, вызвавшего обострение, учитывается резистентность, эпидемиологическая обстановка).

Представлен обзор различных групп антибиотиков, применявшихся ранее и в данное время при лечении бронхиальной астмы, обсуждены плюсы и минусы препаратов.

Вопросы к докладчику:

Вопрос: Почему в списке микроорганизмов, найденных в секрете пациентов, не упомянут стафилококк?

Ответ: Сейчас это редкость. Стафилококк можно обнаружить у пациентов с иммунодефицитом, диабетом, получающих стероиды. Чаще — это внутрибольничная инфекция, чем внебольничная. Раньше стафилококк высевали часто, но с переходом бак. лабораторий на другие питательные среды он перестал высеваться.

Вопрос: Астма садится на инфекцию или инфекция на астму? Или это не связанные процессы?

Ответ: Можно проследить такую цепочку: острый или хронический бронхит — сенсibilизация — бронхиальная астма. Но так происходит нечасто. Чаще пациент имеет две болезни, течение которых идет параллельно, которые в какой-то момент пересеклись.

Вопрос: Может ли кишечная палочка выступать в качестве сенсibilизатора к бронхиальной астме?

Ответ: Есть пациенты, но это не пациенты с ХОБЛ. Есть с астмой, но у них нет бронхита, но есть другая патология, обусловленная кишечной палочкой.

Вопрос: Сколько астматиков с дисбактериозом? Может быть, их не выявляют?

Ответ: Есть, но астмой болеют раньше дисбактериоза. Но обострение дисбактериоза может быть триггером для возникновения приступа бронхиальной астмы.

2. Профессор С.И. Овчаренко (клиника факультетской терапии ММА им. И.М. Сеченова): Бронхолитическая терапия в лечении обострений бронхиальной астмы.

В настоящее время используется ступенчатый подход в лечении бронхиальной астмы. Как известно, бронхиальная астма делится на интермиттирующую (для нее не используется базовая терапия) и персистирующую (основой лечения являются ингаляционные глюкокортикостероиды). Отмечена большая роль быстродействующих β_2 -агонистов. Это вызвано вариабельностью астмы (контакт с аллергеном и вирусом, с холодом или большая физическая нагрузка). Далее была представлена характеристика ингаляционных β_2 -агонистов быстрого действия (фенотерол, сальбутамол). При этом было отмечено, что они не всегда эффективны, и существуют моменты, когда они уступают по действию холинолитикам. Раскрыты механизмы действия антихолинергических препаратов, которые применяются при плохой переносимости β_2 -блокаторов, их неэффективности, и при сочетании с ХОБЛ. Обсуждены факторы, способствующие появлению симптомов и обострению бронхиальной астмы. Докладчиком были представлены сведения S.D. Vincent и др., 2006 г., которым показано, что эффективность β_2 -агонистов была снижена у пациентов с обострением бронхиальной астмы, индуцированной вирусной инфекцией. При длительном течении астмы падает



эффект β_2 -агонистов. Вирусы могут активировать холинергические механизмы. Вновь обращаясь к ступенчатой терапии, докладчик отметила, что наиболее эффективна альтернативная терапия ипратропием или его комбинация с β -агонистами. Подняты вопросы лечения и место фенотерол-содержащих препаратов в лечении бронхиальной астмы. Обсуждены преимущества использования беродуала. Была проведена часть исследования врачей скорой медицинской помощи города Екатеринбурга.

В заключении докладчик сделала следующие выводы:

1. В лечении приступов удушья у пациентов необходимо учитывать индивидуальный ответ на бронхолитики разных классов.

2. Патогенетически обосновано применение комбинированного препарата (беродуала) для купирования приступов бронхиальной астмы у пожилых.

3. Использование беродуала в виде ДАИ со спейсерами повышает эффективность препарата.

Продолжение на стр. 7 ↗



ВЫШЛА В СВЕТ НОВАЯ КНИГА!

КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ

3-е издание

дополненное с приложениями

Под редакцией профессора П.А. Воробьева

Издательство НЬЮДИАМЕД

2008 г.

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

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

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

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., Какорина 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 МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИЕЙ

1. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА

Категория возрастная: взрослые

Нозологическая форма: мерцательная аритмия (фибрилляция предсердий)

Код по МКБ-10: I 48

Фаза: первичная диагностика

Стадия: все стадии

Осложнение: любые осложнения

Условие оказания: амбулаторно-поликлиническая помощь

Приложение
к приказу Министерства
здравоохранения и социального развития
Российской Федерации
от 05 октября 2006 г. № 698

1.1. ДИАГНОСТИКА

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.10.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии сердца и перикарда	1	1
A01.10.002	Визуальное исследование при патологии сердца и перикарда	1	1
A01.10.003	Пальпация при патологии сердца и перикарда	1	1
A01.10.004	Перкуссия при патологии сердца и перикарда	1	1
A01.10.005	Аускультация при патологии сердца и перикарда	1	1
A02.10.002	Измерение частоты сердцебиения	1	1
A02.12.001	Исследование пульса	1	1
A05.10.001	Регистрация электрокардиограммы	1	1
A05.10.007	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных	1	1
A02.01.001	Измерение массы тела	1	1
A02.03.005	Измерение роста	1	1
A02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	12
A09.05.025	Исследование уровня триглицеридов в крови	0,1	1
A09.05.026	Исследование уровня холестерина в крови	0,1	1
A09.05.028	Исследование уровня липопротеинов низкой плотности в крови	0,1	1
A11.12.009	Взятие крови из периферической вены	0,2	1
A11.05.001	Взятие крови из пальца	0,2	1
A04.10.002	Эхокардиография	0,01	1
A05.10.004	Холтеровское мониторирование	0,01	1
A06.09.008	Рентгенография легких	0,01	1
A09.05.009	Исследование уровня С-реактивного белка в крови	0,01	1
A12.10.003	Исследования сердечного выброса	0,001	1
A09.28.001	Исследование осадка мочи	1	
A09.28.003	Определение белка в моче	1	
A09.28.017	Определение концентрации водородных ионов мочи (рН мочи)	1	
A09.28.022	Определение объема мочи	1	
A09.28.023	Определение удельного веса (относительной плотности) мочи	1	
A08.05.004	Исследование уровня лейкоцитов в крови	0,2	1
A08.05.006	Соотношение лейкоцитов в крови (подсчет формулы крови)	0,2	1
A09.05.003	Исследование уровня общего гемоглобина в крови	0,2	1
A12.05.001	Исследование оседания эритроцитов	0,2	1
A08.05.003	Исследование уровня эритроцитов в крови	0,1	1
A08.05.005	Исследование уровня тромбоцитов в крови	0,1	1
A08.05.008	Исследование уровня ретикулоцитов в крови	0,1	1
A08.05.010	Определение среднего содержания и средней концентрации гемоглобина в эритроцитах	0,1	1

2. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА

Категория возрастная: взрослые

Нозологическая форма: мерцательная аритмия (фибрилляция предсердий)

Код по МКБ-10: I 48

Фаза: стабильная (постоянная форма)

Стадия: любая

Осложнение: без осложнений

Условие оказания: амбулаторно-поликлиническая помощь

2.1. ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА 180 ДНЕЙ

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.10.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии сердца и перикарда	1	6
A01.10.005	Аускультация при патологии сердца и перикарда	1	6
A02.09.001	Измерение частоты дыхания	1	6
A02.10.002	Измерение частоты сердцебиения	1	6
A02.12.001	Исследование пульса	1	6
A02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	6
A05.10.001	Регистрация электрокардиограммы	1	2
A05.10.007	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных	1	2
A25.10.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях сердца и перикарда	1	6
A25.10.002	Назначение диетической терапии при заболеваниях сердца и перикарда	1	6
A25.10.003	Назначение лечебно-оздоровительного режима при заболеваниях сердца и перикарда	1	6
A02.01.001	Измерение массы тела	0,1	1
A02.03.005	Измерение роста	0,1	1
A04.10.002	Эхокардиография	0,01	1
A09.05.023	Исследование уровня глюкозы в крови	0,3	1
A11.05.001	Взятие крови из пальца	0,3	1
A11.12.009	Взятие крови из периферической вены	0,01	1
A08.05.004	Исследование уровня лейкоцитов в крови	0,3	1
A08.05.006	Соотношение лейкоцитов в крови (подсчет формулы крови)	0,3	1
A09.05.003	Исследование уровня общего гемоглобина в крови	0,3	1
A12.05.001	Исследование оседания эритроцитов	0,3	1
A08.05.003	Исследование уровня эритроцитов в крови	0,1	1
A08.05.005	Исследование уровня тромбоцитов в крови	0,1	1
A08.05.008	Исследование уровня ретикулоцитов в крови	0,1	1
A08.05.010	Определение среднего содержания и средней концентрации гемоглобина в эритроцитах	0,1	1

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД**	ЭКД***
Средства, влияющие на сердечно-сосудистую систему			0,5		
	<i>Средства для лечения сердечной недостаточности</i>		0,2		
		Дигоксин	0,8	0,5 мг	90 мг
		Кандесартан	0,2	8 мг	720 мг
	<i>Противоаритмические средства</i>		0,6		
		Пропафенон	0,3	300 мг	54000 мг
		Атенолол	0,3	95 мг	17100 мг
		Метопролол	0,4	150 мг	27000 мг
	<i>Гипотензивные средства</i>		0,5		
		Фелодипин + метопролол	0,1	5 мг/50мг	900мг/9000 мг
		Пропранолол	0,3	80 мг	14400 мг
		Верапамил	0,4	200 мг	36000 мг
		Дилтиазем	0,2	100 мг	18000 мг
Средства, влияющие на кровь			0,2		
	<i>Гиполипидемические средства</i>		1		
		Розувастатин	0,5	10 мг	280 мг
		Симвастатин	0,5	20 мг	560 мг

* — анатомо-терапевтическо-химическая классификация.

** — ориентировочная дневная доза.

*** — эквивалентная курсовая доза

3. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА

Категория возрастная: взрослые

Нозологическая форма: мерцательная аритмия (фибрилляция предсердий)

Код по МКБ-10: I 48

Фаза: стабильная (пароксизмальная форма)

Стадия: любая

Осложнение: без осложнений

Условие оказания: амбулаторно-поликлиническая помощь

2.2. ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА 180 ДНЕЙ

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.10.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии сердца и перикарда	1	6
A01.10.005	Аускультация при патологии сердца и перикарда	1	6
A02.09.001	Измерение частоты дыхания	1	6
A02.10.002	Измерение частоты сердцебиения	1	6
A02.12.001	Исследование пульса	1	6
A02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	6
A05.10.001	Регистрация электрокардиограммы	1	2
A05.10.007	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных	1	2
A25.10.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях сердца и перикарда	1	6
A25.10.002	Назначение диетической терапии при заболеваниях сердца и перикарда	1	6
A25.10.003	Назначение лечебно-оздоровительного режима при заболеваниях сердца и перикарда	1	6
A02.01.001	Измерение массы тела	0,1	2
A02.03.005	Измерение роста	0,1	1
A04.10.002	Эхокардиография	0,01	1
A09.05.023	Исследование уровня глюкозы в крови	0,01	1
A08.05.004	Исследование уровня лейкоцитов в крови	0,3	1
A08.05.006	Соотношение лейкоцитов в крови (подсчет формулы крови)	0,3	1
A09.05.003	Исследование уровня общего гемоглобина в крови	0,3	1
A12.05.001	Исследование оседания эритроцитов	0,3	1
A08.05.003	Исследование уровня эритроцитов в крови	0,1	1
A08.05.005	Исследование уровня тромбоцитов в крови	0,1	1
A08.05.008	Исследование уровня ретикулоцитов в крови	0,1	1
A08.05.010	Определение среднего содержания и средней концентрации гемоглобина в эритроцитах	0,1	1
A11.05.001	Взятие крови из пальца	0,3	1
A11.12.009	Взятие крови из периферической вены	0,3	1

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД**	ЭКД***
Средства, влияющие на сердечно-сосудистую систему			0,8		
	<i>Противоаритмические средства</i>		0,4		
		Атенолол	0,3	95 мг	17100 мг
		Прокаинамид	0,2	750 мг	135000 мг
		Амиодарон	0,2	400 мг	72000 мг
		Соталол	0,2	160 мг	28800 мг
		Пропафенон	0,1	300 мг	54000 мг
	<i>Гипотензивные средства</i>		0,5		
		Пропранолол	0,3	80 мг	14400 мг
		Верапамил	0,3	200 мг	36000 мг
		Дилтиазем	0,3	100 мг	18000 мг
		Фелодипин + метопролол	0,1	5 мг/50 мг	900 мг/9000 мг
Средства, влияющие на кровь			0,2		
	<i>Гиполипидемические средства</i>		1		
		Розувастатин	0,5	10 мг	280 мг
		Симвастатин	0,5	20 мг	560 мг

* — анатомо-терапевтическо-химическая классификация.

** — ориентировочная дневная доза.

*** — эквивалентная курсовая доза

Начало на стр. 4 ↗

4. Для купирования тяжелого приступа предпочтительно назначение бронхолитиков через небулайзер.

Вопросы к докладчику:

Вопрос: Астматический статус и обострение астмы - одно и то же или разные вещи?

Ответ: Это разные вещи. Астматический статус отличается тем, что не работают β-адренорецепторы. Поэтому главная задача - вводить много глюкокортикостероидов. И это мы говорим о метаболическом астматическом статусе. Но есть еще и анафилактический, в рамках общей аллергической реакции. А приступ бронхиальной астмы - спутник самой бронхиальной астмы.

Вопрос: Куда исчезли Бутейко и Стрельникова? Ваше отношение к ним.

Ответ: Метод Стрельниковой работает на очень небольшом количестве людей, страдающих бронхиальной астмой. Я не пропагандист этого метода. Метод Бутейко не имеет медицинского обоснования противовоспалительного лечения бронхиальной астмы. Я не сторонник данного метода, но есть часть больных, которые купируются данным методом.

Вопрос: Что делать с закаливанием, бассейном, сауной, гимнастикой, повышением общей резистентности организма.

Ответ: Мы рекомендуем закаливание, дыхательную гимнастику. Но начинать нужно весной, а не осенью или зимой. Также, я сторонник ослабленных вакцин.

3. А.Ф. Абубикиров (старший научный сотрудник ЦНИИ туберкулеза, РАМН) «Значимость селективных факторов в развитии и обострении бронхиальной астмы».

Как уже говорилось ранее, существует глобальная стратегия лечения бронхиальной астмы. В связи с этим выступающий раскрыл вопросы стратегии лечения бронхиальной астмы, факторы риска развития астмы, определение нозологии и частоту развития. Докладчик отметил возрастные особенности контакта с вирусами при возникновении бронхиальной астмы. Воздействие вируса происходит в течение всего года, поэтому важны профилактические мероприятия. В последнее время большую роль в возникновении вирусного обострения астмы играет вирус микоплазмы. Докладчик отметил, что существуют специфические и неспецифические факторы защиты бронхов от ви-

русов. В момент атаки вирусами происходит десквамация и разрушение реснитчатого эпителия, снижается его количество, увеличивается количество патогенных клеток, выделяющих густую слизь. В результате этого вирус глубоко проникает в слизистую. В результате нарушения неспецифического ответа возникает возможность колонизации бактериальной флоры. Помимо вирусной, возникает бактериальная инфекция. Далее докладчик осветил вопросы лечения вирусной селективной бронхиальной астмы, были отмечены все плюсы и минусы. Обсуждались противовирусные препараты, иммуномодуляторы, поливалентные вакцины, антибактериальная терапия, глюкокортикостероиды, отхаркивающие препараты, базовая терапия. Внимание слушателей было обращено на эффективные моменты применения вакцин. Ответ на использование вакцин отсрочен, поэтому было рекомендован препарат ИР-19. Поднят вопрос о создании контроля бронхиальной астмы, т. к. при минимальном контакте с вирусом клинические проявления могут отсутствовать, но уровень воспалительного процесса будет высок. Поэтому очень важен профилактический момент в лечении астмы.

Вопросы к докладчику:

Вопрос: Доказательная база эффективности ИР-19?

Ответ: Астма у детей, ХОБЛ у взрослых при применении ИР-19 дают следующий положительный терапевтический эффект: уменьшается продолжительность заболевания, повышается время ремиссии, возникает экономический эффект, т. к. уменьшаются дозы и частота применения базовой терапии.

Далее Воробьевым П.А. был озвучен вопрос, заданный ранее всем участникам заседания - «Кто должен вести больных с астмой?».

Ответы распределились следующим образом:

32 голоса отдано терапевту, 36 - пульмонологу, 19 - алергологу, 64 - всем вместе.

Был задан вопрос - не создается ли впечатление, что больного будут тянуть в разные стороны, и он останется без помощи?

Ответ В.Е. Ноникова. Атопическая бронхиальная астма должна лечиться аллергологом, инфекционно-зависимая, легкого течения - терапевтом, тяжелого течения - пульмонологом. Но основная действующая фигура все-таки терапевт.

В заключение Богомолов Б.П. подвел итоги заседания и поблагодарил докладчиков за интересные доклады.

ИнтерНьюс

Биодобавки с кальцием способствуют развитию инфаркта

Прием биодобавок с кальцием повышает риск развития инфаркта у женщин в постменопаузе. Участниц, 1,5 тысяч пожилых женщин, средний возраст которых составлял 74 года, разделили на 2 группы. Половина из них ежедневно принимала биодобавки с кальцием, остальные - плацебо. Каждые 6 месяцев в течение 5 лет специалисты из Оклендского университета (Новая Зеландия) проводили осмотр участниц и фиксировали побочные эффекты от приема препарата. Женщины, принимавшие биодобавки с кальцием, чаще страдали от инфарктов - за период наблюдения в этой группе было зарегистрировано 36 инфарктов у 31 участницы, а в контрольной группе - 22 инфаркта у 21 участницы. Кроме того, у женщин, принимавших биодобавки с кальцием, чаще развивался инсульт и наступала внезапная смерть - хотя эти показатели были в пределах статистической погрешности.

Найденная взаимосвязь, возможно, объясняется тем, что биодобавки с кальцием могут усугублять атеросклероз сосудов. Между тем, британские диетологи призвали пациентов, которые принимают биодобавки с кальцием, не отказываться от их приема без консультации с врачом. Эти средства помогают при остеопорозе и, по данным ряда исследований, могут снижать уровень холестерина в крови.

Описанная новозеландскими учеными взаимосвязь между биодобавками и инфарктом может быть связана с употреблением избыточного количества кальция: участницы исследования принимали в среднем около 800 мг кальция, что превышало рекомендованную в Великобритании дозировку в 700 мг, отметила британский диетолог П. Мэйсон. По ее мнению, результаты исследования должны быть проверены с помощью более масштабных испытаний.

Источник: МедПортал

Индийского врача объявили в розыск за торговлю донорскими почками

Индийский врач, владевший нелегальной клиникой по пересадке почек, объявлен в международный розыск. Индийская полиция обнаружила клинику в начале 2008 г. Она располагалась в частном доме в пригороде Дели. Полиции удалось спасти 5 человек, 3 из которых недавно перенесли операцию по удалению почки и нуждались в госпитализации. Полиция предполагает, что в клинике было совершено от 500 до 600 таких операций. Организатору незаконного бизнеса, индийскому доктору А. Кумару, удалось бежать. Все доноры были малообеспеченными рабочими, у некоторых не спрашивали согласия на операцию. Кумар платил за каждую почку от 50 до 100 тысяч рупий (от 1200 до 2500 долларов США), а продавал иностранным клиентам (в основном, жителям Великобритании, США, Саудовской Аравии, Канады и Греции) за 1,5 миллиона рупий (38 тысяч долларов). В 1994 г. он уже был арестован за подобные преступления, но сумел скрыться. Торговля человеческими органами была запрещена в Индии в 1994 г., но, по данным местных правоохранительных органов, в стране ежегодно совершается до 2000 незаконных операций по пересадке донорской почки. Одной из проблем в борьбе с этим нелегальным бизнесом является коррумпированность полицейских.

Источник: lenta.ru



Поздравляет!

8 февраля исполнилось 80 лет замечательному человеку - Анасьевой Анастасии Романовне. Нашему коллективу крупно повезло - вот уже 10 лет мы имеем счастье бок о бок работать с профессионалом с большой буквы и редкой души человеком. Анастасия Романовна - научный редактор нашего издательства, а в прошлом научный редактор издательства «Медицина», человек-энциклопедия, врач с редким аналитическим складом ума. Анастасия Романовна ни себе, ни другим не верит на слово - все подвергается проверке, чаще всего неоднократно, это вначале обижает тех, кто с ней мало знаком. Но это только в начале, чуть позже Анастасия Романовна становится «истиной в последней инстанции» для большинства коллег. Анастасии Романовне за свою долгую творческую жизнь удалось поработать не с одной сотней профессоров и академиков, и не одну сотню книг и статей поправить, а чаще переписать. При всем этом скромность и тактичность этого человека не знают границ. Умная, красивая, подтянутая женщина, с чудесным голосом (она еще и романсы поет), когда она входит в офис - жизнь начинает кипеть вокруг нее: у всех накопилась масса вопросов к ней, а уж сколько вопросов накопилось у нее к авторам - берегитесь!

Анастасия Романовна, дорогая, любимая!

Весь наш коллектив от всей души поздравляет Вас с юбилеем!

Будьте здоровы и счастливы, оптимистичны, берегите себя, а мы Вам поможем с этим справиться!



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, сыпи, 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, кафедра гематологии и гериатрии
Тел/факс (499) 782-31-09
E-mail: mtpndm@dol.ru

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

ИнтерНьюс

Папу римского не пустили в храм науки

Римский университет La Sapienza не пустил к себе Папу римского. Понтифик должен был выступить в этом вузе с речью, посвященной началу академического года, но профессора и студенты добились отмены его выступления. Бенедикта XVI они называли «отсталым теологом», которому нет места в храме науки. 67 профессоров и доцентов, в основном работающих на физическом факультете, направили ректору университета петицию, в которой напомнили о личном отношении Бенедикта к некоторым научным идеям.

Такое бурное недовольство профессорского и студенческого коллективов было вызвано выступлением понтифика еще в бытность его кардиналом Йозефом Ратцингером. Он процитировал высказывание некоего философа, утверждавшего целесообразность и правомерность процесса над Галилео Галилеем (в XVII веке католическая церковь заставила ученого отречься от своих научных взглядов, согласно которым Земля вращается вокруг Солнца). Вокруг здания учебного заведения студенты развесили плакаты с лозунгами «Наука не принадлежит церкви» и «Папе — нет!» Также они заявили, что взгляды папы «оскорбляют и унижают» их. Среди подписавших петицию оказались видные ученые: физики Андреа Фрова (автор нашумевшей книги о Галилее и римской церкви), Карло Маиани, недавно назначенный президентом Национального совета научных исследований Италии, а также Карло Бернардини, Джорджо Паризи, Карло Космелли и другие. Многие представители научной общественности сочли визит Бенедикта в университет «неуместным» и противоречащим светскому статусу итальянской образовательной системы и государства в целом. Радио Ватикана в ответ назвало акцию протеста против визита понтифика «инициативами, выдержанными в духе цензуры». Сторонники Папы объясняют, что в своей речи, вызвавшей столько критики и негодования, будущий понтифик выражал не собственные взгляды на приговор Галилео Галилею, а лишь цитировал австрийского философа, назвавшего процесс над математиком «разумным и справедливым». Кроме того, они указывают на то, что церковь уже выразила свое отношение к открытию ученого, признав в 1992 году правоту великого итальянского физика.

Учитывая протесты со стороны предполагаемых слушателей, Бенедикт отказался от личного участия в церемонии открытия 705-го академического года. Текст его речи будет официально направлен в университет, отмечается в сообщении службы печати Святого престола. Речь посвящена гуманным аспектам моратория на смертную казнь. Это первый случай отмены его поездки по подобной причине со времени возведения его в сан понтифика в 2005 году. Бывший в это время Премьер-министром Италии Романо Проди выразил свое огорчение в связи с отменой выступления Папы римского в ведущем университете страны. «Я осуждаю поступки и заявления, которые вызывают недопустимое напряжение в обществе, — заявил Проди. — Это не делает чести традиционной цивилизованности и терпимости Италии. Каждый голос должен быть слышен в Италии, и не в последнюю очередь голос Папы».

Источник: gzt.ru

Худеющих британцев будут премировать едой

Худеющие британцы скоро начнут получать бесплатные талоны на «здоровые продукты», а также небольшие денежные выплаты за сброшенные килограммы. Такие предложения содержатся в докладе по проблемам борьбы с ожирением, подготовленном по заказу британского правительства. В настоящее время клинические признаки ожирения фиксируются у каждого 5 ребенка и у каждого 4 взрослого жителя Великобритании. Рост числа заболеваний, связанных с ожирением, уже сейчас угрожает кризисом национальной системе здравоохранения Великобритании. По прогнозам экспертов, к 2050 году эпидемия ожирения может охватить до 60% населения страны. В 40-страничном документе, представленном вчера на рассмотрение в британский парламент, содержатся также предложения по усилению пропаганды здорового образа жизни, обустройству дополнительных маршрутов для велосипедистов в жилых массивах, увеличению числа уроков физкультуры и введению обязательных уроков здорового питания в школах. Идею материального поощрения худеющих граждан британские эксперты позаимствовали из практики некоторых частных компаний, устраивающих среди сотрудников соревнования по снижению веса с денежными призами. К аналогичным мерам поощрения худеющих клиентов недавно прибегли и некоторые службы медицинского страхования в США.

Источник: tma.ru

В июле 2007 г. *Формулярный комитет с подачи, в том числе, В.В.Власова решил создать свой кодекс этики. Поручено это было рабочей группе в составе В.В. Власова и А.В. Быкова. Перед нашей конференцией 5–6 декабря и открытым заседанием Формулярного комитета был предложен один из вариантов, написанный В.В. Власовым. Это — проект, он будет еще обсуждаться. Но с согласия автора я выложил проект на сайте www.rspor.ru. Вот этот текст:*

ОБЩИЙ АНАЛИЗ

от П. Воробьева

ЧТО МЫ ДУМАЕМ ПРО ЭТИКУ

ЭТИЧЕСКИЙ КОДЕКС ФОРМУЛЯРНОГО КОМИТЕТА РОССИЙСКОЙ АКАДЕМИИ МЕДИЦИНСКИХ НАУК

Проект

Основные положения

Формулярный Комитет (ФК) является обществом, ставящим перед собою специальные задачи оптимизации использования лекарственных средств (ЛС) в медицинской практике Российской Федерации. Соответственно, ФК:

- уважает Законы Российской Федерации;
- международные этические нормы, сформулированные для представителей медицинской профессии Всемирной медицинской ассоциацией (WMA).

Цель деятельности ФК и его членов — достижение максимального блага для граждан России при получении медицинской помощи. ФК отличается последовательным использованием как средства достижения заявленной цели — формулирования научно обоснованных утверждений о необходимости использования отдельных вмешательств. Это средство реализуется в основном, но не исключительно в виде:

- Перечня жизненно необходимых ЛС и связанного с ним формуляра;
- Перечня сиротских ЛС;
- Перечня ЛС, подлежащих исключению из медицинской практики в целом или по специальным показаниям (негативного перечня).

Члены ФК в отношении своей деятельности в ФК придерживаются следующих принципов:

- не используют свое положение в ФК для получения каких бы то ни было преимуществ;
- не используют свое положение в ФК для поддержки или неодобрения каких-либо ЛС;
- не разглашают деликатную информацию о работе ФК;
- при выражении несогласия с решениями ФК не наносят вреда облику ФК.

Конфликт интересов

ФК признает, что:

— важнейшей проблемой комитетов (комиссий, групп экспертов), принимающих рекомендательные решения в пользу неограниченного круга лиц и в отношении расходования общественных фондов, является наличие у членов этих комитетов иных интересов, которые могут приводить к принятию решений, полностью или частично противоречащих общественным интересам (потенциальный конфликт интересов, ПКИ);

— обнаружение признаков действия под влиянием ПКИ, а не в лучших интересах пациентов, групп пациентов или системы здравоохранения в целом несет для авторитета экспертов и комитетов катастрофические последствия;

— при ограниченном составе экспертов, представляющих материалы, принимающих участие в обсуждениях и в голосовании, влияние ПКИ на рекомендации эксперта может быть значительным;

— наличие ПКИ у членов ФК обусловлено их активной профессиональной, предпринимательской и общественной деятельностью.

Для того, чтобы ограничить влияние ПКИ на принятие решений в ФК, необходимо:

а) раскрытие всеми членами ФК их ПКИ;

б) неучастие членом ФК в обсуждении и принятии решения по препарату (устройству, программе), в отношении которого у него есть ПКИ (такой член ФК покидает помещение, в котором проводится обсуждение и голосование);

в) принятие решения в ФК путем консенсуса, т. е. способом, придающим максимальный вес мнению эксперта с «особым мнением»;

г) регламентировать способ получения финансовой поддержки ФК, который бы исключал возникновение ПКИ у отдельных его членов — путем получения поддержки деятельности ФК через централизованный фонд;

д) регламентировать способ участия представителей заинтересованных сторон в заседаниях ФК;

е) раскрывать источники финансирования деятельности ФК и отдельных мероприятий, проводимых ФК.

Раскрытие потенциального конфликта интересов

С целью уменьшения влияния ПКИ на принятие решений членами ФК и замещающие их на заседании специалисты:

- заранее объявляют об имеющемся у них ПКИ, заполняя специальную форму;
- при возникновении или прекращении существенного нового ПКИ обновляют эту форму;
- ежегодно в сентябре заполняют форму;
- при обсуждении на заседании ФК ЛС, препаратов или программ, в отношении которых имеется ПКИ, не участвуют в этом обсуждении;
- каждый член ФК имеет доступ к информации о ПКИ всех членов ФК и имеет право поднимать вопрос о наличии у членов ФК ПКИ;

— президиум ФК рассматривает формы ПКИ и при возникновении существенных для деятельности ФК в целом или при рассмотрении отдельных вопросов конфликтов предпринимает меры к предотвращению их влияния.

Получение финансовой поддержки (гранта) учебным заведением или иным предприятием, общественной организацией, с которыми сотрудничает эксперт, как правило, не расценивается как ПКИ, однако возможны случаи, когда ПКИ возникает. Например: при избрании эксперта в правление ассоциации производителей табака или иной организации, преследующей цели, отличные от целей ФК; при назначении в состав государственной комиссии, реализующей программу, противоречащую целям, к которым устремлен ФК.

ПКИ может быть нефинансовым, например, заключааясь в обсуждении продукта, представляемого личным другом, родственником, недавним студентом или сотрудником.

ФК полагает существенной (подлежащей раскрытию) любую заинтересованность члена ФК или эксперта в делах компании (организации) в суммарном размере более 10000 долларов, лично члена ФК или эксперта или его близкого родственника.

Форма раскрытия

потенциального конфликта интересов

Я, (ФИО), объявляю о следующих потенциальных конфликтах интересов:

Владею (полностью или частично, в виде акций или как совладелец патента)

производством лекарственных средств, материалов или приборов, аптеками или дистрибьюторскими предприятиями, лечебными учреждениями

Вхожу в органы управления (наблюдательный совет, совет директоров, другие органы управления) производств лекарственных средств, материалов или приборов, аптек или дистрибьюторских предприятий, медицинских организаций, страховых организаций, занимающихся медицинским страхованием

В течение последних трех лет получал оплату за прочитанные лекции или другие образовательные программы или получал поддержку для проведения отдыха или профессиональных поездок, в том числе на конференции, от компаний, производящих продукцию медицинского назначения (ЛС, другие препараты, в том числе «неклассические» (БАД, гомеопатические и др.) приборы, протезы, оборудование)

Предоставлял в течение последних трех лет услуги компаниям, производящим продукцию медицинского назначения (указываются не только услуги платного лоббиста, но любые, в том числе исследовательские контракты):

Я не имею других потенциальных конфликтов интересов (ПКИ), понимаю политику ФК в отношении ПКИ.

Некий michmed восклицает: Мм... Ответственность?

Отвечаю: Интересна как реакция мишмеда, так и отсутствие реакции остальных. Эта тема не в моде?

Человек с ником alex2006mobile из Екатеринбурга отвечает мне в своей странной манере: Просто на поверхностный взгляд все неплохо написано. А опыт тонкостей и коллизий с такого рода документами, видимо, мало у кого есть. Best regards, Alexander N. Chelnokov

Снова пишет michmed, поясняя свою позицию: Павел Андреевич, я имел ввиду следующее: Какую ответственность несет член ФК за несоблюдение кодекса? Он будет исключен и не допущен более? В целом, Кодекс вызывает положительные эмоции. (Вообще, сам факт наличия такого Кодекса — уже большое дело). С уважением, Михаил Яковлевич.

Вступает Михаил Владимирович: Соглашусь с коллегами по поводу ответственности и того, что «вроде неплохо написано...» Как реально это будет проходить? Присяга на Конституции или ОЗОЗ?

Поясняю, хотя тема ответственности мне в этом контексте претит: Я думаю, что лучше всего уголовную ответственность, вплоть до расстрела. На меньшее — не согласен. Неужели не очевидно, — и весь мир так живет, —

Продолжение на стр. 9 ↗

Начало на стр. 8 ↗

что НИКАКОЙ ответственности быть не может! Это этический кодекс, а не уголовный. Это дело каждого — сообщать или нет. Какая ответственность за вранье — никакой, просто человек не честен. Этические принципы подразумевают, что человек честен, они позволяют ему соблюсти лицо. И все.

Опять *tichmed*, на этот раз проявил эрудицию: Совершенно очевидно, что весь мир (цивилизированный) живет не так. Вследствие многих объективных причин. И. Ильф, Е. Петров написал (вообще-то это 2 лица, может быть, второпях писал мишмед): «Завхоз 2-го дома Старобеса был застенчивый ворюга. Все существо его протестовало против краж, но не красть он не мог. Он крал, и ему было стыдно. Крал он постоянно, постоянно стыдился, и поэтому его хорошо бритые щечки всегда горели румянцем смущения, стыдливости, застенчивости и конфуза». «Двенадцать стульев» С уважением, М.Я. Тевелевич

Alexander: В целом соглашусь с мнениями коллег. Можно уточнить по отдельным нюансам? «Не разглашают деликатную информацию о работе ФК» — что имеется ввиду под деликатной информацией? «Цель деятельности ФК и его членов — достижение максимального блага для граждан России при по-

лучении медицинской помощи» — слишком общая формулировка, может подходить ко всему медицинскому сообществу. Может быть, сказать более специфично, по отношению именно к Форумному Комитету? «ФК полагает существенным (подлежащим раскрытию) любую заинтересованность члена ФК или эксперта в делах компании (организации) в суммарном размере более 10 000 долларов, лично члена ФК или эксперта или его близкого родственника». Объясните, пожалуйста, почему возникла сумма именно более 10 000 долларов — тем более, что по российскому законодательству все финансовые эквиваленты выражаются в рублях.

Честно говоря, бессодержательное какое-то получилось обсуждение. Никто не обратил внимания на англоязычную кальку с западных текстов, которую придется убирать. Никто не прокомментировал саму сущность конфликта интересов — как будто на каждом перекрестке про это написано.

А ведь тема более чем актуальна. На страницы сайта заходит по 500 человек в день, несколько сот человек поинтересовались темой, а в сухом остатке — только ответственность и сумма. Жаль, очень жаль, что тема не всколыхнула другие эмоции. Может быть, впрочем, все напугались, что придется раскрывать свои источники нечестных заработков и что все понимают нечестность этих доходов?

ИнтерНьюс

Активный образ жизни замедляет старение клеток

Уровень физической активности оказывает непосредственное влияние на скорость старения организма человека. Люди, ведущие сидячий образ жизни, стареют в среднем на десять лет раньше, чем их более активные ровесники, утверждают британские ученые. В исследовании, проведенном специалистами из Королевского колледжа Лондона, приняли участие 2400 пар близнецов. Участники заполнили анкеты, указав частоту и интенсивность физических нагрузок, и сдали анализ крови. Руководитель исследования Линн Черкас и ее коллеги измерили длину теломер хромосом в клетках крови участников и сопоставили полученные показатели с данными опроса. Теломеры — концевые фрагменты хромосом, не несущие наследственной информации. Их основной функцией является защита клеточной ДНК от деформаций и повреждений. Длина теломер, сокращающихся с каждым делением клетки, считается основным индикатором старения организма. По данным исследователей, ежегодно длина теломеры сокращается в среднем на 21 пару нуклеотидов — элементарных структур молекулы ДНК.

Однако у участников этот показатель существенно различался в зависимости от степени их физической активности. В среднем длина теломеры у людей с минимальной физической активностью (16 минут в неделю) оказалась на 200 нуклеотидов короче, чем у наиболее физически активных (199 минут в неделю). Другими словами, наиболее активные люди имели такую же длину теломер, как и те, кто был на 10 лет моложе, но вел сидячий образ жизни, сообщили ученые. Эта разница была особенно заметна при сравнении близнецов, имеющих различный уровень активности.

Источник: *tma.ru*

Москва как большая медицинская стройка

За 12 лет в Москве планируется построить 1,8 млн м² площадей объектов здравоохранения, сообщил на заседании правительства столицы главный архитектор города А. Кузьмин. Новая схема развития и размещения объектов здравоохранения предполагает деление больниц, поликлиник, диспансеров на районный и городской уровень. По словам Кузьмина, объекты здравоохранения районного уровня нужно строить в радиусе 15-минутной транспортно-пешеходной доступности. Всего к 2020 году планируется построить 64 объекта городского уровня, в число которых войдут две новые больницы на юге и юго-западе Москвы, новые корпуса на территории существующих стационаров, три родильных дома, три Дома ребенка, 12 подстанций медицинской помощи и 18 диагностических лечебных центров. Будет построен 171 объект районного уровня, в их число войдут 97 поликлиник, 13 стоматологических клиник, 10 диспансеров и др. Строительство будет проводиться в 2 этапа. На 1-м — до 2012 г. — планируется строительство территориальных клиник для детей и взрослых, пристроек к поликлиникам. Всего будет построено и реконструировано около 70 поликлиник, аптек, диспансеров, женских консультаций. Планируется построить несколько многопрофильных больниц, подстанций скорой помощи, хосписов, родильных домов, городской центр профилактики и борьбы со СПИДом, Центр протонно-лучевой терапии, Центр детской гематологии, онкологии и иммунологии, бюро судмедэкспертизы. На 2-м этапе — до 2020 г. планируется строительство объектов и пристроек к существующим районным учреждениям здравоохранения, капитальный ремонт больниц и поликлиник, а также возведение психиатрической больницы, детского протезно-ортопедического центра, детской онкологической клиники с пансионатом для родителей, института ревматологии.

Источник: *annews.ru*

XIII Международная научно-практическая конференция

«ПОЖИЛОЙ БОЛЬНОЙ. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ»

29 сентября—1 октября 2008 года

Центральный дом ученых РАН, Москва

Web-сайт: www.zdrav.net, www.zdravkniga.net

E-mail: gerontology@zdrav.net



Постоянно действующий Организационный комитет конференции «ПОЖИЛОЙ БОЛЬНОЙ. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ» сообщает о проведении

29 сентября—1 октября 2008 года

XIII Международной научно-практической конференции.

ОСНОВНЫЕ НАУЧНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ КОНФЕРЕНЦИИ:

- Организация медицинской и социальной помощи пожилым. Современные геронотехнологии. Сестринский процесс.
- Геронтологические аспекты терапии (кардиология, ревматология, гематология, и т. д.), хирургии, офтальмологии, стоматологии, неврологии и психиатрии.
- Теоретические основы геронтологии, старение, геропротекторы.
- Стандартизация, медицина, основанная на доказательствах, и клиничко-экономический анализ в гериатрии
- Геронтофармакология

Во время конференции будет проходить выставка ведущих фирм, производящих лекарственные препараты, лечебное и реабилитационное медицинское оборудование, предметы ухода для пожилых.

ВАЖНЫЕ ДАТЫ

Предоставление тезисов до 30 июня 2008 г.

Бронирование номера в гостинице до 1 сентября 2008 г.

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ ТЕЗИСОВ

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

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

ЗАРЕГИСТРИРОВАТЬСЯ

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

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

ИНФОРМАЦИОННАЯ ПОДДЕРЖКА

Журналы «Клиническая геронтология», «Проблемы стандартизации в здравоохранении», «Доказательная медицина и клиническая эпидемиология», газеты: «Вестник московского городского научного общества терапевтов «Московский доктор», «Вестник Геронтологического общества РАН»

Адрес Оргкомитета: Москва, 115446, Коломенский проезд д. 4, ГКБ № 7, Кафедра гематологии и гериатрии ММА им. И.М. Сеченова, Оргкомитет Конференции: «ПОЖИЛОЙ БОЛЬНОЙ. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ».

Телефон/факс: (499) 782-31-09, E-mail: gerontology@zdrav.net. Web-сайты: www.zdrav.net www.zdravkniga.net

Председатель оргкомитета, профессор
Научный секретарь
Ответственный секретарь

Воробьев Павел Андреевич
Некрасова Наталья Игоревна
Рихард Галина Семеновна

ИнтерНьюс

Доктором М. Сура проведен обзор литературных данных о клинической и экономической целесообразности применения селективного β_1 -адреноблокатора — метопролола сукцината (Беталок ЗОК) у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями

Метопролол как представитель β -адреноблокаторов в крупномасштабных рандомизированных клинических исследованиях доказал высокую эффективность у больных с артериальной гипертензией (МАРHY), сердечной недостаточностью (MERYT-HF), ишемической болезнью сердца (Coteborg Metoprolol Trial, Stocholm Metoprolol Trial). Только для лекарственной формы метопролола сукцинат CR/XL (с контролируемым высвобождением активного вещества — Беталок ЗОК) доказана эффективность в предотвращении сердечно-сосудистых осложнений и снижении смертности при хронической сердечной недостаточности, а также антиатерогенная активность. Зарубежное модельное клинико-экономическое исследование показало, что метопролола сукцинат является наиболее экономически целесообразной альтернативой терапии пациентов с сердечной недостаточностью по сравнению с бисопрололом и карведилолом. В отечественном клинико-экономическом исследовании было показано, что затраты на 1 год сохраненной жизни в случае применения метопролола сукцината значительно меньше по сравнению с карведилолом (Дилатренд). Затраты на 1 спасенную жизнь пациента с тяжелой сердечной недостаточностью при применении метопролола сукцината сравнимы с таковыми при применении бисопролола и значительно меньше по сравнению с карведилолом.

Источник:

Проблемы стандартизации в здравоохранении, № 7, 2007

Ради ребенка женщина готова на все. Даже на рак груди

Искусственное, или экстракорпоральное оплодотворение — отрасль чрезвычайно развитая в Израиле, десятки тысяч женщин проходят процедуры, необходимые для «зачатия из пробирки». Однако исследования, проведенные израильскими медиками, показали, что искусственное оплодотворение значительно увеличивает риск заболеть раком груди — на 40%. Причиной проведения подобных исследований послужил тот факт, что медикам и раньше было известно о том, что гормональные изменения увеличивают риск заболеть раком груди. Женщинам, проходящим курс лечения от бесплодия, вводятся большие дозы женского гормона эстрогена, с целью снизить вероятность выкидыша, после проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения (ЭКО). И этот же гормон, судя по всему, ведет к скоплению и размножению раковых клеток. В последние годы подобные исследования проводились неоднократно, однако их результаты были несколько противоречивы. Одни утверждали, что связи между ЭКО и раком груди не существует, другие уверяли, что эти факты связаны между собой лишь частично. На этот раз наблюдение велось за более чем 10000 женщин, и результаты оказались ошеломляющими. Медики учитывали и возраст женщин, проходивших курс лечения, и количество курсов гормонов, которое они прошли (так как для того, чтобы забеременеть, далеко не всегда достаточно одного курса лечения). Согласно исследованию — средний возраст женщин, проходивших курс лечения, 32 года, а среднее число курсов, приходящихся на одну женщину — 3,15. Средний возраст женщин, у которых впоследствии развился рак груди — 44 года. Второе исследование показало, что чем старше женщина, проходящая курс лечения от бесплодия, тем выше риск заболеть раком. Женщины в возрасте от 30 до 40 лет имеют гораздо больше шансов стать жертвой рака груди, чем более молодые. Однако, даже несмотря на пугающую статистику, женщины говорят, что готовы пойти на риск ради счастья иметь собственных детей.

Источник: MIGnews.com

Какие ассоциации у Вас вызывает словосочетание «Клятва Гиппократ»? Не появляются ли перед глазами, хотя бы на секунду, стройные ряды ангелоподобных существ в белых халатах, которые, не щадя сил и времени, стоят на страже здоровья людей? Не казалось ли Вам, что вот-вот — и на глаза навернутся слезы умиления?

Общество всегда создавало мифы и верило в иллюзии. «Большая медицинская энциклопедия» трактует феномен иллюзии как «ложное, ошибочное восприятие реально существующих в данный момент предметов и явлений». Но это по определению энциклопедии. В жизни же все не так. Ложное и ошибочное зачастую преподносится как догма. Однажды создав миф о «Клятве Гиппократ», общество надежно законоспирировало первоисточник (а был ли он вообще?) и стало настойчиво поддерживать в социуме иллюзорное представление о враче. Постепенно социум так поверил в этот миф и привык к лубочному образу бесправного врача-бессребренника, то ли юродивого, то ли монаха-отшельника, начисто лишённого материальных и духовных потребностей, что при любой попытке врачей изменить свое положение в обществе апологеты мифологии стали ссылаться на эту приснопамятную клятву — «Поклялись? Терпите!!!».

А кто клялся? Кто из сегодняшних врачей давал «Клятву Гиппократ» в ее первоначальном виде? А кто из грозных и непримиримых общественных надзирателей ее читал и вообще знает, о чем она? И, в конце концов, если мы живем в обществе христианского (за незначительным исключением) вероисповедания — то при чем здесь древние обычаи и клятвы. При чем здесь языческие боги, к тому же не главные, а второстепенные?

«Клятва», конечно, грозное слово, но оно к нам пришло из дохристианских времен, безвозвратно канувших в лету. Сегодня для неверующих есть Законы, а христианину, наверно, достаточно и Заповедей?

Мне могут возразить, что сам Господь Иисус Христос указывал, что люди друг друга все время обманывают и, чтобы как-то защитить себя от этого, придумали клятвы. В Нагорной проповеди Он сказал: «Еще слышали вы, что сказано древним: не преступай клятвы, но исполняй пред Господом клятвы твои». (Матф. 5,33-37).

Это так, но Он там же говорил и о том, что «...без клятвы обмануть — это тоже грех, точно так же как и с клятвой».

В Евангелии сказано прямо — «...не клянись» (Мф. 5, 34). «А Я говорю вам: не клянись вовсе: ни небом, потому что оно престол Божий; ни землею, потому что она подножие ног Его; ни Иерусалимом, потому что он город великого Царя; ни головою твоею не клянись, потому что не можешь ни одного волоса сделать белым или черным. Но да будет слово ваше: да, да; нет, нет; а что сверх этого, то от лукавого» (Матф. 5,33-37).

Так что врачу-христианину клятва не нужна, в силу того, что христианское учение гораздо выше и нравственнее, чем любая языческая клятва.

Так в чем же причина поразительной жизнестойкости мифа о клятве Гиппократ?

Обратимся к истории.

Так называемая «клятва Гиппократ» вовсе не принадлежит Гиппократу. Когда Гиппократ умер в 377 году до рождения Христова (по другим сведениям, в 356 году), такой клятвы не было и в помине. Как и многое другое, ему приписали эту клятву в позднейших компиляциях его трудов. В действительности же «сочинения Гиппократ», как и сочинения забытого Леонида Ильича, представляют собой конгломерат из произведений различных авторов, и выделить из них подлинного Гиппократ практически невозможно. Из 72 приписываемых Гиппократу сочинений Гален признавал за подлинными — 11, Галлер — 18, а Ковнер только 8. Остальные работы, очевидно, принадлежали его сыновьям, врачам Фессалу и Дракону, и зятю Полибу (В.И. Руднев, 1998).

Наиболее распространенная сегодня версия клятвы, так называемая Врачебная заповедь, опубликованная в 1848 году в Женеве, опускает большие куски исходного текста (или текстов).

HIPPOCRATIS JUS-JURANDUM

Per Apollinem medicum et Aesculapium, Hygiamque et Panaceam juro, deos deasque omnes testes citans, mepe viribus et iudicio meo hos iusjurandum et hanc stipulationem plene praestaturum.

Plium nempe parentum meorum loco habitum spondeo, qui me artem istam docuit, eique alimenta impertirurum, et quibuscunque opus habuerit, suppeditaturum.

Victus etiam rationem pro virili et ingenio meo aegris salutarem praescripturum a perniciosa vero et improba eosdem prohibeturum. Nullius praeterea precibus adductus, mortiferum medicamentum cuique propinabo, neque huius rei consilium dabo. Casie et sancte colam et artem meam.

Quaecumque vero in vita hominum sive medicinam factitans, sive non, vel videro, vel audivero, quae in vulgus efferre non decet, ea reticebo non secus atque arcana fidei meae commissa.

Quod si igitur hocce iusjurandum fideliter servem, neque violenter, contingat et prospero successu tam in vita, quam in arte mea fruatur et gloriam immortalem gentium consequar. Sine autem id transgrediar et pejerem contraria hisce mihi eveniam.

Теперь перевод. Опять же — наиболее распространенный его вариант (цит. по Гиппократ. Клятва. Закон. О враче. Наставления. — 1998).

«Клянусь Аполлоном — врачом, Асклепием, Гигеей и Панацеей и всеми богами и богинями, беря их в свидетели, исполнять честно, соответственно моим силам и моему разумению следующую присягу и письменное обязательство: считать научившего меня врачебному искусству наравне с моими родителями, делиться с ним своими недостатками и в случае надобности помогать ему в его нуждах, его потомство считать своими братьями и это искусство, если они захотят его изучить, преподавать им безвозмездно и без всякого договора, наставления, устные уроки и все остальное в учении сообщать своим сыновьям, сыновьям своего учителя и ученикам, связанным обязательством и клятвой по закону медицинскому, но никому другому.

Я направлю режим больных к их выгоде сообразно с моими силами и моим разумением, воздерживаясь от причинения всякого вреда и несправедливости, я не дам никому просимого у меня смертельного средства и не покажу пути для подобного замысла, точно также я не вручу никакой женщине абортивного пессария. Чисто и непорочно буду я проводить свою жизнь и свое искусство. В какой бы дом я не вошел, я войду туда для пользы больного, будучи далек от всего намеренного, несправедливого и пагубного, особенно от любовных дел с женщинами и мужчинами, свободными и рабами.

Чтобы при лечении, а также и без лечения, я не увидел или не услышал касательно жизни людской из того, что не следует когда-либо разглашать, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной.

Мне, нерушимо выполняющему клятву, да будет дано счастье в жизни и в искусстве и слава у всех людей на вечные времена. Преступающему же и дающему ложную клятву да будет обратное этому».

Ну и о чем говорит «Клятва Гиппократ»? Да совсем не о том, что бы — «...светя другим стореть самому, и, превратиться в огарок». Еще раз перечитайте «Клятву». И согласитесь, что даже в этом «причесанном» тексте речь идет только об обязательствах перед учителями, коллегами и учениками, о гарантиях непричинения вреда, об отрицательном отношении к эвтаназии, абортам, об отказе медицинских работников от интимных связей с пациентами, о врачебной тайне. Нигде не написано, что врач должен лечить бесплатно и бессловесно терпеть наплевательское отношение общества к себе.

Позволю себе напомнить уважаемому читателю, что в Древней Греции, подданным которой и был Гиппократ, основная масса врачей безбедно жила за счет гонораров, получаемых от пациентов. Их труд оплачивали высоко (лучше, например, чем труд архитекторов). Хотя и врачам не была чужда и благотворительность. Тот же Гиппократ в своих «Наставлениях» советует своему ученику, когда дело идет о гонораре, дифференцированно подходить к разным пациентам: «И я советую, чтобы ты не слишком негуманно вел себя, но чтобы обращал внимание и на обилие средств (у больного) и на их умеренность, а иногда лечил бы и даром, считая благодарную память выше минутной славы». Заметим, что даром Гиппократ советует лечить иногда.

Что это? Попытка разрешить извечную дилемму о том, что, с одной стороны, труд врача (как и всякий другой общественно-полезный труд) должен быть справедливо оплачен, а с другой — гуманная природа медицинской профессии предполагает оказание помощи неимущим согражданам без оплаты?

А может быть, все это проще? Может быть, Гиппократ уже понимал важность благотворительности для рекламы? Так, в тех же «Наставлениях» он советует своему ученику: «Если ты поведешь сначала дело о вознаграждении, то, конечно, наведешь больного на мысль, что, если не будет сделано договора, ты оставишь его или будешь небрежно относиться к нему, и не дашь ему в настоящий момент совета. Об установлении вознаграждения не следует заботиться, так как мы считаем, что обращать на это внимание вредно для больного, в особенности при остром заболевании — быстрота болезни, не дающая случая к промедлению, заставляет хорошего врача искать не выгоды, а скорее приобретения славы. Лучшие упрекать спасенных, чем наперед обирать нахо-

Продолжение на стр. 11 ↗



Начало на стр. 10 ↗

дющихся в опасности». Значит, неблагодарность спасенных по отношению к врачу заслуживает упрека даже с точки зрения Гиппократова?

Так о чем все же «Клятва Гиппократова»?

Давайте оценим результаты небольшого логического анализа текста клятвы, проведенного С. Васильевским (2002).

За единицу обработки информации он принял слово. Слов в клятве Гиппократова всего — 251.

Из них, по мере убывания:

1. Слов, посвященных отношениям «ученик—учитель» и «ученики одного учителя» — 69.
2. Слов, посвященных лечению больных — 34.
3. Слов, посвященных соблюдению врачебной тайны — 33.
4. Слов, относящихся к «счастью» и «славе» врача «правильного», и проклятиям на голову врача, отступающего от клятвы — 31.
5. Слов, посвященных моральному облику врача — 30.
6. Слов, посвященных неавторитетным для христиан богам — 29.
7. Слов, посвященных неучастию в абортх и эвтаназии — 25.

«Где сокровище ваше, там и сердце ваше» — помним. И теперь сделаем вполне логичное предположение, что человек в клятве, которую приносит, большее внимание уделяет тому, что считает наиболее важным, а меньшее внимание и, соответственно, количество слов — менее важному.

По признаку количества слов, относящихся к вышеуказанным рубрикам, давайте теперь составим так называемый хит-парад профессиональных ценностей врача по Гиппократу.

На первом месте находится система отношений «учитель—ученики» — 69 слов, то есть 27,6% от общего количества слов.

На втором месте — собственно обещания врача лечить людей — 34 слова, или 13,6% слов. (В два раза меньше, чем «учитель—ученики»!!!).

На третьем месте — сохранение врачебной тайны — 33 слова, или 12,8%.

На четвертом месте — блага для придерживающегося клятвы и проклятия для нарушающих эту клятву — 31 слово — 12,4%.

На пятом месте — моральный облик врача, которому посвящено 30 слов — 12%.

На шестом месте — эллинские боги, которым отведено 29 слов — 11,6%.

И, наконец, на последнем седьмом месте расположен принцип неучастия в абортх и эвтаназии, которому отведено 25 слов, то есть 10% от общего количества слов клятвы Гиппократова.

Спросим еще раз. Так о чем же «Клятва»?

Может быть, пора прекратить упрекать врачей по любому поводу (а зачастую и без повода) — «Покалялись? Терпите!!!». Может быть, пора снять со всей пишущей антиврачебной братии шоры и развешать лживые мифы?

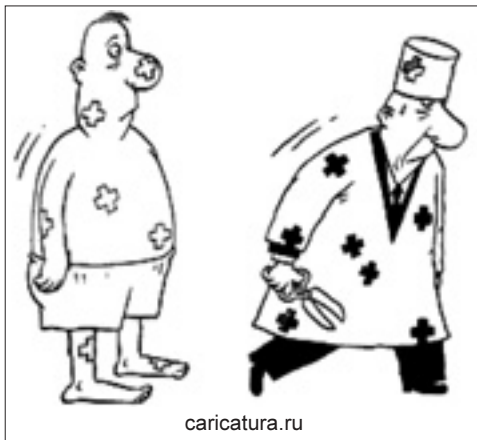
Пытливый ум ждуг большие сюрпризы в знакомых, казалось бы, с детства вещах.

Главным принципом этики Гиппократова всегда считали «поп посете» — не навреди. А соблюдал ли его Гиппократ?

Во-первых — кого лечить? Вот выдержка из Врачебной заповеди, прилизанной и опубликованной в 1848 году в Женеве: «Моя первейшая задача — восстановить и сохранить здоровье моих пациентов». Однако в первоначальной версии «Клятвы», вероятно, действительно базировавшейся на мировоззрении Гиппократова, содержится следующее продолжение этой фразы, по «неясной причине» опущенной женевскими издателями — «...однако не всех, но лишь способных заплатить за свое выздоровление...».

Более того, в практике самого Гиппократова были, по крайней мере, два случая, когда он нарушил «свою» клятву. В 380 году до н. э. некий Акрахерсит начал лечиться у него от отравления пищевым ядом. Оказав больному неотложную помощь, доктор первым делом поинтересовался у родственников Акрахерсита, способны ли они заплатить за выздоровление больного. Услышав отрицательный ответ, он предложил... — «дать бедолаге яда, чтобы тот долго не мучался», на что родственники и согласились. Что недоделал пищевой яд, то завершил яд Гиппократова. (А как насчет «не навреди» и неучастия в эвтаназии?)

За два года до своей смерти Гиппократ взялся пользоваться некоего Цезаря Светонского, страдавшего от повышенного давления. Когда оказалось, что Цезарь не в состоянии заплатить за весь курс лечения травами, Гиппократ передал его на руки родственникам, не только не излечив, но и сообщив им неверный диагноз, дескать, больной просто страдает мигренью, ничего страшного. Введенные в



caricatura.ru

заведомое заблуждение родственники не посчитали нужным обратиться к другому врачу, и вскоре 54-летний воин скончался во время очередного криза.

Во-вторых — Гиппократ терпеть не мог конкуренции, считал, что чем меньше будет врачей, тем круче будут заработки. Вот Вам доказательство — «...наставления, устные уроки и все остальное в учении сообщать своим сыновьям, сыновьям своего учителя и ученикам, связанным обязательством и клятвой по закону медицинскому, но никому другому». Не правда ли, очень человеколюбиво?

Ну и, наконец, последнее. В некоторых старинных версиях «Клятвы Гиппократова» упоминается, что врач должен бесплатно оказывать помощь коллегам и их семьям, и обязан НЕ ОКАЗЫВАТЬ помощь бедным людям — дабы все не потянулись к бесплатной медицине и не сломали врачебный бизнес.

Почему же так стоек миф о «Клятве Гиппократова»?

Образ «врача-бессребренника» чрезвычайно выгодная пропагандистская находка. Этим образом в сознание социума настойчиво закладывалась и закладывается мысль, что врач обязан быть нищим. Сегодня полное отсутствие медицинского права подменено кустарно-сработанными «морально-этическими принципами», аморальными и безнравственными по отношению к врачу. В итоге за «нехватку пряников» сегодня вновь ответственными назначены «насквозь коррумпированные» работники медицины.

Общество сегодня начисто забыло и никак не желает вспомнить, что труд врача чего-то стоит, что реализация декларированного в Конституции права граждан на охрану здоровья должно основываться не только на профессиональных обязанностях, но и на объективных возможностях врачей его обеспечить. Общество не желает понимать, что врачи также являются гражданами общества, гражданами, которые должны обладать своими обоснованными и защищенными законом правами. И в первую очередь правом удовлетворения в результате своего труда своих материальных и духовных потребностей.

Собственностью и достоинством врача являются его знания, профессиональные навыки и способность к труду. Поэтому долг врача оказать помощь в свою очередь предполагает обязанность общества в соответствии с так им любимым принципом справедливости достойно вознаградить его за проделанную работу. Если врачу за его высококвалифицированный труд не платят зарплату вообще или платят нищенскую зарплату, которая ниже вознаграждения уборщицы в офисе сомнительной фирмы, то это является разновидностью социальной несправедливости. Если законодательно закреплённая в Уголовном кодексе мера ответственности врача за возможные правонарушения несоизмерима с беспросветной нищетой его существования за предлагаемую обществом оплату его труда, то это тоже циничная социальная несправедливость.

Нельзя справедливое право граждан на охрану здоровья решать за счет несправедливого отчуждения высококвалифицированного труда у сотен тысяч медицинских работников. Популистское требование бесплатного здравоохранения, столь популярное и среди политиков, и среди населения, привело фактически к «медразверстке» — насильственному отчуждению за бесценок, а нередко и задаром (когда зарплата вовсе не выплачивается) того, что составляет собственность медицинских работников — их труда, квалификации, знаний и талантов. Это форма вопиюще несправедливого общественного насилия над медиками.

В этом обществе нет места тем, кто работает честно, в том числе и врачу. «Трудом праведным не наживешь палат каменных». Но врач живет здесь же, в этом же обществе. Он его часть. Он отчетливо сознает, что беспросветность его существования делает бессмысленным соблюдение норм поведения, установленных для него современным обществом. Эти нормы ничего, кроме беспросветной нищеты, для врача не гарантируют. Сегодня заработная плата начинающего хирурга составляет 372 грн., а хирурга высшей категории — 520 грн. Один час их работы общество оценивает в 3,21 грн. и 7,63 грн. соответственно. Д-р Г. Добров (2006) приводит потрясающий по своему цинизму пример. В газете «Факты» опубликована фотография, на которой запечатлен момент вручения футболисту автомобиля достоинством в 70 тыс. у. е. А теперь представьте на месте футболиста хирурга (хотя бы того же уникального фанатика хирургии сердца д-ра Б.М. Толдурова, о котором та же газета «Факты» сообщала, как он героически оперировал на открытом сердце при свете фонарика, когда из-за разгильдяйства энергетиков столичный НИИ хирургии оказался обесточенным). Такое представить невозможно.

Продолжение на стр. 12 ↗

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

«Туберкулез»

8 апреля 2008 года
Начало в 17.00
Вход по приглашениям

ЧЕЛОВЕК И ИНФЕКЦИЯ

ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКАЯ СЕКЦИЯ

Начало на стр. 10, 11 ↗

но!!! Хирургу автомобиль не подарят. Ему заплатят зарплату — гривен 25—30 за четырехчасовую операцию, а потом напишут жалобу, что, дескать, шов кривым получился... И журналисты будут кричать — «Ату его»!!! И что-то еще о «Клятве Гипократа».

И тогда врач задумывается — «А собственно, почему проститутка может назвать свою цену, безгласая, но смазливая певичка за кривляние под «фанеру» может заломить многотысячный гонорар, таксист не повезет бесплатно, чиновник без «уважения» не выдаст справку, гаишник за спасибо не пожелает счастливой дороги, адвокат не приступит к ведению дела, официант без чаевых не обслужит, парикмахер не пострижет, депутат не проголосует, а он — врач, спасающих их жизни, по прихоти этого же общества, лишен права назвать цену своей работы?». Тут же вспоминаются бессмертные слова первого наркома здравоохранения Н. Семашко — «Хорошего врача народ прокормит, а плохие нам не нужны». Значит, знал нарком цену хорошему врачу? Да и источник «проорма» — народ — четко определил.

Естественно, что несправедливое отношение к врачу, а фактически насильное отчуждение результатов его труда бесплатно (или почти бесплатно, что, в общем, то одно и то же) — по принципу «мед-разверстки», и, лишение возможности достижения материального благополучия честным путем, породило, как реакцию сопротивления, *встречное насилие врачей над членами несправедливого к нему обще-*

ства. Это насилие выражается в стремлении получения материального вознаграждения от пациента, причем основным мотивом такого насилия является не столько обогащение, сколько обеспечение возможности элементарного биологического выживания. Врач сегодня вынужден, так или иначе, требовать от пациентов дополнительных вознаграждений. По крайней мере, от тех, кто может платить. Иначе быть не может. Экономической аксиомой является положение о том, что *снижение размера заработной платы ниже прожиточного уровня неизбежно приводит к тому, что соображения выживания начинают преобладать над профессиональным долгом и обязательствами перед пациентами.* Морально-этическими нормами не прокормишься и без денег не проживешь.

Вот что сказал на этот счет в своем последнем интервью известный офтальмолог Святослав Федоров — «Я хороший врач, потому что свободный, и у меня 480 свободных врачей. «Клятва Гипократа» — это все фикция. А на самом деле есть реальная жизнь — кушать нужно каждый день, квартиру иметь, одеваться. Думают, что мы как-то ангелы летающие. Ангел, получающий зарплату в 350 рублей? И таких врачей сегодня в России полтора миллиона. Полтора миллиона бедняков с высшим образованием, интеллектуальных рабов. Требовать, чтобы медицина хорошо работала в этих условиях — абсурд!»

Так что пора забывать мифы о «Клятве Гипократа».

О. Бобров

Приглашение

«ИБС: таблетки или «скальпель»?»

20 марта 2008 года
Начало в 17.00
Вход по приглашениям

КАРДИОЛОГИЧЕСКАЯ СЕКЦИЯ

АНГИОЛОГИЧЕСКАЯ СЕКЦИЯ

Медицинские книги издательства «НЬЮДИАМЕД»

<p>PROTOKOL VEDENIYA BOL'NYKH. BOLEZNY' PАРКИНСОНА 2006 г., 184 стр., м.о.</p> <p>Под ред. Новогрицовой В.Ф., Воробьева П.А. ТОЛКОВЫЙ АНГЛО-РУССКИЙ СЛОВАРЬ терминов, используемых в гематологии и иммунологии 2006 г., 154 с., м.о.</p> <p>П.А. Воробьев ЛИХОРАДКА БЕЗ ДИАГНОЗА 2008 г., 80 стр., м.о.</p> <p>Под ред. Воробьева П.А. СПРАВОЧНИК ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ФОРМУЛЯРНОГО КОМИТЕТА 3 издание 2007 г., 668 с., тв. п.</p> <p>Под ред. Воробьева П.А. СПРАВОЧНИК ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ФОРМУЛЯРНОГО КОМИТЕТА 3 издание 2007 г., CD</p> <p>Адрес Ю.И. МНОГОЗНАЧНАЯ ГЕМОФИЛИЯ 2006 г., 232 с., тв. п.</p> <p>Под ред. Воробьева А.И. ОЧЕРКИ ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ ТРАНСФУЗИОЛОГИИ 2006 г., 632 с., тв. п.</p> <p>Герцова С.Г. СУТОЧНОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ. ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ 2006 г., 51 с., м.о.</p> <p>Гогин Е.Е., Гогин Г.Е. ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ И АССОЦИИРОВАННЫЕ БОЛЕЗНИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ: основы патогенеза, диагностика и выбор лечения 2006 г., 254 с., тв.п.</p> <p>Под ред. Воробьева П.А. ГЕРИАТРИЯ В ЛЕКЦИЯХ том 1, 2002 г., 440 с., тв.п. том 2, 2005 г., 470 с., тв. п.</p> <p>PROTOKOL VEDENIYA BOL'NYKH «ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ» 2005 г., 76 с., м.о.</p> <p>Под ред. А.И. Воробьева РУКОВОДСТВО ПО ГЕМАТОЛОГИИ 4-е изд., 1-3 тт (с приложениями) 2007 г., 1275 с. с ил., тв. п.</p> <p>Под ред. П.А. Воробьева КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ. (ОЦЕНКА, ВЫБОР МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ И УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ) 2008 г., 792 стр., тв.п.</p>	<p>STANDARTIZACIYA V ZDRAVOOKRANENII Архив журнала «Проблемы стандартизации в здравоохранении» 1999-2005 гг. 2007 г., 430 с., тв. п.</p> <p>Под ред. П.А. Воробьева СБОРНИК ПРАВОВЫХ И НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ ТРАНСФУЗИОЛОГИИ 2004 г., 540 с., тв. п.</p> <p>В.В. Пуру ОСТЕОАРТРОЗ: ПРОБЛЕМА ГЕРИАТРИИ 2004 г., 136 с., тв. п.</p> <p>STANDARTY MEDITSINSKOY POMOSHI 2004-2006 г. CD.</p> <p>НОМЕНКЛАТУРА РАБОТ И УСЛУГ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ 2004 г. CD.</p> <p>PROTOKOL VEDENIYA BOL'NYKH. PROFILAKTIKA ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИХ И ДРУГИХ ИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ 2004 г., 64 с., м.о.</p> <p>П.А. Бубкина-Рыбникова ГЛАВЫ ИЗ СЕМЕЙНОГО РОМАНА 2003 г., 228 с., тв. п.</p> <p>СБОРНИК ДОКУМЕНТОВ СИСТЕМЫ СТАНДАРТИЗАЦИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ 2003 г. CD.</p> <p>П.А. Воробьев АНЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ 2001 г., 168 с., тв. п.</p> <p>Под ред. П.А. Воробьева ЛАБОРАТОРНАЯ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА. СПУТНИК ИНТЕРНИСТА 2001 г., 288 с., тв. п., м.о.</p> <p>Б.В. Петровский ГЕРОНИМ, ДРАМАТИЗМ И ОПТИМИЗМ МЕДИЦИНЫ 2001 г., 200 с., тв. п.</p> <p>Под ред. А.И. Воробьева, А.М.Крестьянской АТЛАС ОБУХОДИ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ 2007 г., 294 с. с ил., тв. п.</p> <p>Под ред. Л.М. Горюковского ИЗБРАННЫЕ ГЛАВЫ ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ УРОЛОГИИ 2000 г., 362 с., тв. п.</p> <p>Б.П.Богослов ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ: НЕОТЛОЖНАЯ ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА 2007 г., 653 с., тв. п.</p> <p>А.И. Воробьев, П.А. Воробьев ДО И ПОСЛЕ ЧЕРНОБЫЛЯ. ВЗГЛЯД ВРАЧА 1996 г., 180 с., м.о.</p>
---	---

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., Богомолов 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., Клюжев 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., Тюрин В.П., Хазанов А.И., Цурко В.В., Чазов Е.И., Чучалин А.Г., Шлектор 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**