

Оперативно

Хроніка ключових подій

ГОЛОВНЕ



Календарь событий

С 8 по 10 сентября в г. Сан-Франциско (США) проходил ежегодный симпозиум Американского общества клинической онкологии (ASCO), посвященный проблемам диагностики и лечения рака молочной железы – РМЖ (MBCS-2011). Особое внимание на форуме уделялось вопросам скрининга данного заболевания. Ранее в США рутинный скрининг РМЖ рекомендовали начинать в возрасте 50 лет. В понятие скрининга включали самообследование молочных желез и ежегодную маммографию. Однако анализ, проведенный американскими учеными (G. Levine et al., 2011) с учетом данных более 5,6 тыс. пациенток, показал, что около 26% случаев РМЖ возникает у женщин моложе 50 лет.

Результаты данного исследования свидетельствуют, что в случае начала скрининга РМЖ у женщин в 50-летнем возрасте в 42,4% случаев диагноз заболевания будет установлен несвоевременно. В настоящее время Американским обществом рака (ACS), Американской коллегией акушеров и гинекологов (ACOG), а также другими профессиональными организациями рекомендуется начинать проведение маммографии в 40 лет и повторять исследование ежегодно.

Подробная информация по адресу: <http://breastcasymposium.org/Home.aspx>

Анонсы

14 ноября – Всемирный день борьбы с сахарным диабетом

Целью Всемирного дня борьбы с сахарным диабетом является повышение осведомленности общества об этом заболевании: о возрастающих показателях заболеваемости во всем мире, мерах профилактики данной патологии. Этот день, учрежденный Международной федерацией диабета (МФД) и Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), ежегодно отмечается 14 ноября – в день рождения Фредерика Бантинга, который вместе с Чарльзом Бестом сыграл решающую роль в открытии в 1922 г. инсулина – лекарства, позволяющего спасти жизнь пациентам с сахарным диабетом.

Новости ВОЗ

ВОЗ опубликовала результаты оценки смертности новорожденных в мире

Количество случаев смерти новорожденных уменьшилось с 4,6 млн в 1990 г. до 3,3 млн в 2009 г. Тем не менее темпы снижения неонатальной смертности еще достаточно медленные, особенно это актуально для стран Африки. Таковы выводы нового исследования, опубликованные 30 августа в медицинском журнале PLoS Medicine. Это испытание, охватившее 20-летний период времени и все 193 государства – члена ВОЗ, проводилось экспертами ВОЗ, членами организации «Спасем детей» и учеными Лондонской школы гигиены и тропической медицины.

По последним данным, на долю неонатальной смертности (т. е. смерти ребенка на протяжении первых 4 нед жизни) сегодня приходится 41% всех случаев смерти детей в возрасте до 5 лет. Этот показатель увеличился с 37% в 1990 г. и, вероятно, будет возрастать и дальше.

Известно, что первая неделя – наиболее опасный период жизни новорожденных. Тем не менее во многих странах мира программы послеродовой помощи для матерей и детей в этот критический период времени только начинают внедряться.

В 75% случаев причинами неонатальной смертности являются преждевременные роды, асфиксия и тяжелые инфекции, такие как сепсис и пневмония. Почти 99% случаев смерти новорожденных регистрируется в развивающихся странах. Наихудшая ситуация отмечается в Индии, Нигерии, Пакистане, Китае и Демократической Республике Конго – на эти 5 стран приходится более половины всех случаев неонатальной смертности в мире.

Детальная информация по адресу:

<http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1001080>

Официальный сайт ВОЗ: www.who.int

Новости FDA

FDA одобрило препарат для таргетной терапии рака легкого

26 августа Управление по контролю за качеством пищевых продуктов и лекарственных препаратов США (FDA) одобрило препарат Халкори (кризотиниб) для лечения пациентов с местнораспространенным или метастатическим немелкоклеточным раком легкого (НМКРЛ) с экспрессией гена киназы анапластической

лимфомы (ALK). Препарат был одобрен одновременно с диагностическим тестом Vysis ALK Break Apart FISH Probe Kit, позволяющим выявить данную экспрессию. Это второй препарат для таргетной терапии, одобренный FDA в 2011 году.

Экспрессия гена ALK, встречающаяся у 1-7% больных НМКРЛ, приводит к нарушению синтеза киназы, что способствует развитию и росту опухолей.

Эффективность и безопасность монотерапии кризотинибом (Xalkori) 2 р/сут оценивалась в двух многоцентровых исследованиях с участием 255 пациентов с ALK-положительным НМКРЛ поздних стадий. В исследовании определяли уровень положительного ответа на терапию – количество больных, у которых размеры опухоли уменьшились. Большинство участников испытаний на предыдущих этапах лечения получали химиотерапию.

Результаты первого исследования продемонстрировали 50% ответ на лечение со средней продолжительностью терапевтического эффекта 42 нед. Во втором исследовании уровень ответа на лечение составил 61%, при этом эффект проведенной терапии сохранялся на протяжении 48 нед.

Предостережение FDA о риске побочных эффектов со стороны сердечно-сосудистой системы при приеме высоких доз циталопрама

Основываясь на данных последнего исследования, FDA официально заявляет, что прием циталопрама гидробромида (Celexa) в дозе, превышающей 40 мг/сут, может обусловить возникновение нарушений ритма сердца вплоть до фатальной желудочковой тахикардии по типу «пируэт» (torsade de pointes).

В рандомизированном плацебо контролируемом перекрестном исследовании с участием 119 взрослых пациентов изучалось влияние циталопрама в дозах 20 и 60 мг/сут на длительность интервала QT. Прием препарата в дозе 20 мг/сут приводил к среднему увеличению длительности интервала QT на 8,5 мс, а в дозе 60 мг/сут – на 18,5 мс по сравнению с таковым при использовании плацебо. К группе высокого риска желудочковой тахикардии на фоне приема циталопрама относятся пациенты с сердечной недостаточностью, брадиаритмией и пациенты с низким уровнем калия и магния в крови. Таким больным необходим регулярный мониторинг ЭКГ и коррекция электролитного состава крови.

Пациенты, в настоящее время получающие циталопрам в дозе >40 мг/сут, не должны резко прекращать прием данного препарата, однако при появлении первых признаков нарушения ритма сердца, в случае возникновения одышки или головокружения им следует незамедлительно обратиться к врачу.

Официальный сайт FDA: www.fda.gov

Европейское общество кардиологов (ESC) опубликовало руководство по терапии кардиоваскулярных заболеваний во время беременности

Несмотря на недостаток данных проспективных рандомизированных клинических исследований, ESC подготовило руководство по терапии сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у женщин во время беременности. Руководство включает как общие, так и конкретные рекомендации для определенных групп женщин с врожденными пороками сердца, заболеваниями аорты, патологией клапанов сердца, ишемической болезнью сердца, острым коронарным синдромом, кардиомиопатиями, сердечной недостаточностью, аритмией, артериальной гипертензией и венозной тромбоэмболией. Из-за отсутствия достоверных доказательств большинство рекомендаций классифицируется как уровень C, т. е. основаны на результатах небольших исследований, ретроспективных данных, реестрах или консенсусах экспертов.

Частота развития осложнений ССЗ во время беременности у женщин, проживающих в развитых странах, составляет 0,2-4% случаев.

При беременности увеличиваются объем циркулирующей крови и сердечный выброс, снижаются системное сосудистое сопротивление и артериальное давление, а также повышается риск развития тромбоэмболии. Кроме того, изменяются абсорбция, экскреция и биодоступность некоторых лекарственных препаратов.

В настоящее время существует несколько методов для оценки риска развития сердечно-сосудистых осложнений у беременных; авторы руководства считают целесообразным использовать классификацию рисков, предложенную ВОЗ.

К группе высокого кардиоваскулярного риска относят женщин, имеющих такие заболевания:

- легочную гипертензию любой этиологии;
- тяжелую системную дисфункцию желудочков;
- кардиомиопатию, связанную с предыдущей беременностью и родами;
- митральный стеноз и выраженный стеноз аорты;
- синдром Марфана с дилатацией аорты более чем на 45 мм;
- тяжелую коарктацию аорты.

Женщинам с высоким кардиоваскулярным риском беременность не рекомендуется. Пациенткам с врожденными пороками сердца или врожденной кардиомиопатией показано генетическое исследование. Беременные с высоким кардиоваскулярным риском должны находиться под наблюдением в специализированных лечебных учреждениях.

Всем женщинам, у которых во время беременности появились нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы, следует проводить эхокардиографию. У большинства пациенток с сердечно-сосудистой патологией возможны физиологические роды. Профилактическое применение антибиотиков во время родов не рекомендуется.

Regitz-Zagrosek V. et al.
Eur Heart J

Подготовила **Ольга Татаренко**

Оперативно

Хроніка ключових подій

ГОЛОВНЕ



Новости NICE

Обновленные рекомендации NICE по диагностике и терапии артериальной гипертензии

В августе этого года Национальный институт здоровья и качества медицинской помощи Великобритании (NICE) представил обновленные рекомендации по оказанию помощи пациентам с артериальной гипертензией (АГ). Авторы руководства акцентируют внимание на том, что для диагностики АГ обязательно проведение суточного мониторинга артериального давления (СМАД) в домашних условиях, а не в стационаре. Амбулаторное СМАД позволит избежать эффекта «белого халата», который имеет место примерно у четверти больных АГ.

Кроме того, в обновленные руководства включена информация о лечении АГ у пациентов в возрасте старше 80 лет.

Полное содержание руководства доступно по адресу: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13561/56007/56007.pdf>

Терапия внебольничной пневмонии у детей: первое практическое руководство Общества инфекционных заболеваний у детей (PIDS) и Американского общества инфекционных заболеваний (IDSA)

30 августа в журнале *Clinical Infectious Diseases* было опубликовано первое клиническое руководство по лечению внебольничной пневмонии (ВП) у детей, согласно которому профилактика, в частности иммунизация, является и наиболее эффективным способом защиты детей от данного заболевания.

Вакцинация против гриппа обеспечивает значительное снижение распространенности, заболеваемости и смертности от бактериальной пневмонии, которая часто развивается как осложнение вирусной пневмонии. PIDS/IDSA рекомендуют ежегодную вакцинацию против вируса гриппа всем детям старше 6 мес. У младенцев в возрасте от 3 до 6 мес также необходимо проводить вакцинацию против микроорганизмов, вызывающих пневмонию, в частности *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* и *Bordetella pertussis*. Вакцинацию от гриппа и коклюша целесообразно проводить и у родителей детей в возрасте до 6 мес, а также у беременных.

Метод рутинной лабораторной и рентгенологической диагностики ВП у детей не одобрен. Считается нецелесообразным проведение бактериологического исследования у детей, ранее прошедших полный курс иммунизации и получающих лечение в амбулаторных условиях. Бактериологическое исследование крови показано только в случае отсутствия эффекта от приема антибиотиков.

Госпитализации подлежат все младенцы и дети с умеренной и тяжелой ВП, а также дети в возрасте от 3 до 6 мес с подозрением на ВП бактериальной этиологии. Лечение в стационаре также показано младенцам и детям с ВП, вызванной более вирулентными возбудителями, такими как метициллинрезистентные штаммы *Staphylococcus aureus* (MRSA). Назначение антибактериальной терапии детям дошкольного возраста, у которых в большинстве случаев причиной ВП является вирусная инфекция, как правило, не требуется. При необходимости применения антибактериальных средств препаратом выбора для терапии первой линии ВП бактериального происхождения остается амоксициллин. Макролиды показаны для лечения детей с ВП, вызванной атипичными возбудителями. При отсутствии ответа на первую линию антибактериальной терапии необходимо провести дополнительные исследования ввиду возможного инфицирования MRSA. Большинство клинических исследований свидетельствуют об эффективности 10-дневного курса антибиотикотерапии, однако для лечения легкой формы ВП возможно использование более коротких курсов терапии.

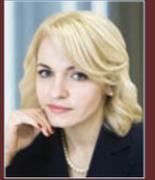
Англоязычная версия руководства доступна по адресу: <http://cid.oxfordjournals.org/content/early/2011/08/30/cid.cir531.full>

Подготовила **Ольга Татаренко**

ЮРИДИЧЕСКАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ

Отношения «врач—пациент» в правовом поле

На вопросы читателей отвечает Елена Бабич, юрист, адвокат, управляющий партнер компании «Бабич и Партнеры»



В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Украины № 229 от 7.05.2007 г. «Положение о медицинской сестре — координаторе» в лечебно-профилактическом учреждении (ЛПУ) должна быть должность медицинской сестры — координатора (помощника главной медицинской сестры). В нашем ЛПУ (областное учреждение) отсутствует эта штатная единица, и все обязанности выполняются мной как главной медсестрой ЛПУ. Могу ли я требовать от администрации доплату за выполнение работы, возложенной на медицинскую сестру — координатора? Администрация мотивирует свой отказ тем, что приказ МЗ не утвержден в Министерстве юстиции. Правомочны ли их действия?

Согласно указу Президента Украины от 3.10.1992 г. № 493/92 «О государственной регистрации нормативно-правовых актов министерств и других органов исполнительной власти» нормативно-правовые акты, которые выдаются министерствами и касаются прав, свобод и законных интересов граждан или имеют межведомственный характер, подлежат государственной регистрации. Государственную регистрацию нормативно-правовых актов МЗ Украины осуществляет Министерство юстиции Украины. Нормативно-правовые акты вступают в силу через 10 дней после их регистрации, если в тексте документа не предусмотрен более поздний. Положение о деятельности медицинской сестры — координатора, о котором идет речь, действительно утверждено приказом МЗ Украины № 229 от 07.05.2007 г., но данный приказ не прошел процедуру регистрации в Министерстве юстиции Украины и, таким образом, не является обязательным к исполнению и носит рекомендательный характер. Администрация ЛПУ в данном случае правомерно мотивирует свой отказ.

Другой вопрос, прописаны ли в должностной инструкции дополнительные обязанности, которые вы сейчас выполняете, или вы их выполняете на основании каких-либо других документов. От этого зависят возможные дальнейшие действия.

Какая информация о пациенте является врачебной тайной?

Законодательство Украины не содержит исчерпывающего перечня сведений, которые составляют смысл категории «врачебная тайна», но анализ норм действующего законодательства позволяет определить объекты врачебной тайны. Это сведения о состоянии здоровья пациента, болезни и диагнозе; сведения, полученные при медицинском обследовании, факт обращения за медицинской помощью, сведения об осмотре и его результатах, методы лечения пациента, информация об интимных и семейных сторонах жизни пациента. Не разглашать сведения, составляющие врачебную тайну, должны не только медработники, но и другие лица, которым в связи с выполнением профессиональных или служебных обязанностей стали известны подробности о состоянии здоровья пациента.

Чем рискует врач, поставивший пациента в известность относительно его диагноза? Врач поддался на уговоры пациента, у которого выявлен неоперабельный рак предстательной железы (IV стадия), и сообщил ему правду. Теперь родственники больного обвиняют врача в том, что он спровоцировал у него депрессию, и угрожают судом.

Часть 4 ст. 39 Основ законодательства Украины об охране здоровья дает врачу право ограничить предоставление пациенту сведений о состоянии его здоровья, если такая информация может ухудшить таковое либо помешать процессу лечения. Но это право врача, а не его обязанность. К тому же в украинском законодательстве отсутствует ответственность за предоставление в подобной ситуации полной информации пациенту, поэтому у родственников пациента вряд ли есть какие-либо судебные перспективы.

В каких ситуациях разрешается разглашение врачебной тайны? Какова процедура ее разглашения?

Информация, составляющая врачебную тайну, может быть разглашена без согласия лица, которого она касается, либо его законного представителя только в случаях, прямо предусмотренных законодательством, например при предоставлении человеку, страдающему тяжелыми психическими расстройствами, психиатрической помощи (п. 1 ч. 4 ст. 6 Закона Украины «О психиатрической помощи» от 22.02.2000 г. № 1489-III); в случае проведения дознания, предварительного следствия или судебного расследования по письменному запросу лица, проводящего дознание, следователя, прокурора или суда (п. 2 ч. 4 ст. 6 упомянутого закона); а также в случае предоставления сведений о лечении человека в наркологическом заведении правоохранительным органам, если тот был привлечен к криминальной или административной ответственности (ч. 5 ст. 14 Закона Украины «О мерах противодействия незаконному обороту наркотических средств, психотропных веществ и перкураторов и злоупотреблению ими» от 15.02.1995 г. № 62/95-ВР). Есть и другие случаи, четко предусмотренные законодательством. К примеру, это касается ситуаций, когда медицинские учреждения должны предоставить сведения, составляющие врачебную тайну, в ответ на запрос судебно-следственных органов либо, в некоторых случаях, медучреждений.

Согласно новому антикоррупционному законодательству медики также являются категорией служащих, несущих ответственность за коррупционные правонарушения. Какие категории медиков и за какие действия несут теперь криминальную ответственность?

Закон Украины «О принципах предотвращения и противодействия коррупции в Украине» № 3206-VI от 7.04.2011 г., который вступил в силу 01.07.2011 г., в отличие от предыдущего антикоррупционного законодательства четко определяет и расширяет круг субъектов ответственности за коррупционные правонарушения. Отныне действие закона распространяется на должностные лица, которые получают заработную плату за счет государственного или местного бюджета, и, в некоторых случаях, на должностных лиц частного права. Таким образом, положения нового антикоррупционного законодательства, безусловно, касаются и области медицины. К указанной категории можно отнести главных врачей, их заместителей, заведующих отделений, лабораторий, старших медицинских сестер и т. д., работающих в лечебных учреждениях независимо от формы собственности. Данные лица будут нести ответственность, в том числе уголовную, за получение неправомочной выгоды в виде денежных средств или иного имущества, льгот, услуг, нематериальных активов, которые без законных на то оснований обещают, предлагают, предоставляют или получают безвозмездно либо по цене ниже минимальной рыночной.

Подготовила **Виктория Куриленко**