



ЕЖЕКВАРТАЛЬНЫЙ ИНФОРМАЦИОННЫЙ БЮЛЛЕТЕНЬ

КАРДИО

ПРОГРЕСС

Сентябрь

2016

ФОНДА СОДЕЙСТВИЯ РАЗВИТИЮ КАРДИОЛОГИИ «КАРДИОПРОГРЕСС»

В Москве больничная смертность от инфаркта снижена на две трети — Собянин



В Москве создано 29 сердечно-сосудистых центров, в которых оказывается экстренная помощь при инфарктах, инсультах и других сердечно-сосудистых заболеваниях. В результате оснащения этих центров самым современным оборудованием и благодаря равномерному распределению их по территории Москвы улучшились оперативность доставки больных, скорость оказа-

ния помощи и, конечно, качество. На две трети сократилась смертность при инфарктах и инсультах», — сказал Мэр Москвы. Еще пять лет назад от инфаркта умирали до 30 процентов пациентов. Сейчас свыше 90 процентов людей, перенесших его, выписываются из больниц после успешного лечения.

<http://www.m24.ru/>

Численность медперсонала

За год численность среднего и младшего медперсонала сократилась почти на 70 тыс. человек



Росстат опубликовал итоги статистического наблюдения в сфере оплаты труда работников социальной сферы и науки за I квартал 2016 года. «Известия» сравнили этот документ с аналогичным отчетом за I квартал 2015 года и выяснили, что в России за год сократилось количество научных сотрудников (на 2 тыс.), социальных работников (на 10 тыс.) и педагогов дополнительного образования (на 1,6 тыс.).

Но самое заметное сокращение кадров произошло в сфере медицины. Так, количество среднего медицинского персонала (фельдшеры, медсестры) уменьшилось на 16 тыс. (1,2%), а младшего (санитарки, нянечки) — на 50 тыс. (8%). Эксперты отмечают, что основная причина — низкая заработная плата и высокая нагрузка. Такая тенденция приведет к понижению качества медицинской помощи и дальнейшей коммерциализации системы здравоохранения.

Эксперты сходятся во мнении, что к уменьшению количества среднего и младшего медперсонала привели сокращение медучреждений в результате оптимизации системы здравоохранения, низкая зарплата и высокая нагрузка на медсестер и нянечек.

— Есть регионы, например Москва, где оплата труда медперсонала немного выросла. Но в целом по стране такие работники получают очень мало. При этом на рынке медико-социальной уход стоит крайне дорого. Доходы коммерческих сиделок даже сравнивать неудобно с зарплатой сотрудников государственных медучреждений. Различия иногда достигают тысячекратно-размера, — отмечает профессор кафедры труда и социальной политики МИГСУ РАНХиГС Любовь Храпылина.

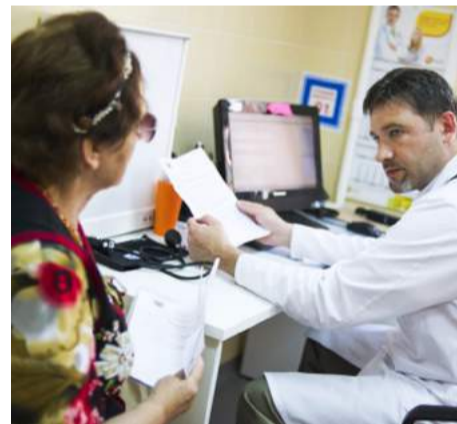
По ее мнению, сокращение количества медсестер и санитарок приводит к деградации медперсонала и всё большей коммерциализации здравоохранения.

— У нас могут быть отличные хирурги, но их труд мало что значит без хорошей медсестры и сиделки. И когда таких сотрудников мало, да еще они непрофессиональны, это резко снижает перспективы для выздоровления пациента, — сказала Храпылина.

<http://izvestia.ru/>

Прием пациентов

Российским терапевтам отвели на прием пациента 15 минут



Пациенты нередко жалуются, что врачи уделяют им слишком мало внимания. А сами медики сетуют, что зажаты нормативами: есть ограничения по времени приема на каждого больного. На сегодня время приема пациентов зависит от разных параметров. Первым делом *Приказ Минздрава РФ от 2.07.2015 г. № 290н* устанавливает нормативы в зависимости от специализации врача. Исходя из этого, на прием каждого больного предусматривается:

- участковому врач-педиатру — 15 минут;
- участковому врачу-терапевту — 15 минут;
- врачу общей практики (семейному врачу) — 18 минут;
- врачу-неврологу — 22 минуты;
- врачу-оториноларингологу — 16 минут;

- врачу-офтальмологу — 14 минут;
- врачу-акушеру-гинекологу — 22 минуты.

ЛИМИТЫ НА БУМАЖНУЮ ВОЛОКИТУ

Если в том или ином населенном пункте заболеваемость у людей выше средней, то время приема пациентов увеличивается, поясняют в Минздраве. Также нормативы меняются в сторону повышения, если на участке, который обслуживает врач, много пожилых пациентов — «доля лиц старше трудоспособного возраста выше 30%».

Также приказ затрагивает проблему «бумажной работы» врачей. По словам медиков, порой на заполнение документов — для лечебного учреждения, страховых компаний и т.д. уходит едва ли не больше времени, чем на осмотр больного. «С учетом оснащения рабочих мест компьютерной и организационной техникой» затраты врача на оформление медицинской документации не должны превышать 35% времени, отведенного на посещение пациента, говорится в приказе.

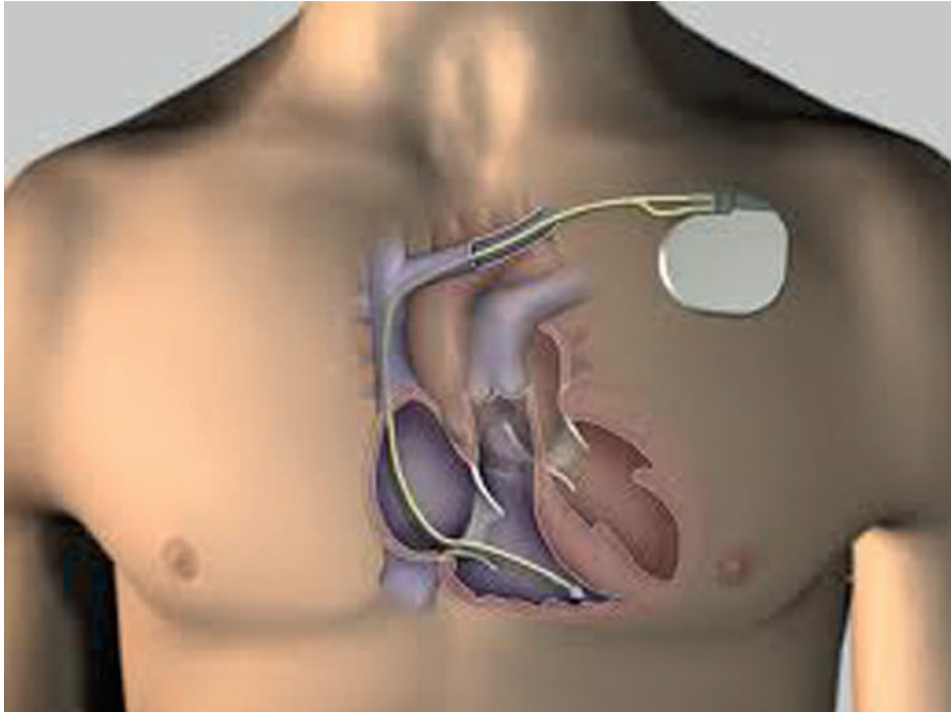
«Эти правила не для практикующих врачей»

Несмотря на то, что практикующие доктора часто ссылаются

Продолжение на 2-й стр.

Новости науки

Риск осложнений при имплантации кардиовертеров-дефибрилляторов



По данным анализа большого регистра пациентов авторы пришли к выводу, что долгосрочный риск, ассоциированный с имплантацией кардиовертера-дефибриллятора (ИКД) может быть значительным и его оценка должна играть большую роль в выборе устройства и принятии других решений, связанных с его установкой.

Результаты обсервационного исследования, в котором приняло участие более 114000 пациентов с впервые имплантированным ИКД

регистра NCDR показали, что в течение периода наблюдения в среднем на протяжении 2.7 лет отмечается 6.1 осложнений на 100 пациенто-лет, связанных с имплантацией устройства. Среди них с частотой 2.6 на 100 пациенто-лет возникали осложнения, требовавшие повторного оперативного вмешательства, а с частотой 3.5 на 100 пациенто-лет — приведшие к госпитализации.

Факторами, влияющими на развитие осложнений явились слож-

ность имплантированных приборов — таких как устройство для ресинхронизирующей терапии с функцией дефибрилляции (CRT-D) — более молодой возраст, женский пол и черная раса.

По словам главного исследователя, полученные результаты показывают важность раннего обсуждения дальнейшей тактики лечащим врачом и пациентом.

Исследователи проанализировали данные медицинских записей 114484 пациентов (72% мужского пола; 88% белых; средний возраст 75 лет), которым в период с 2006 по 2010 годы в 1437 клиниках США был установлен ИКД.

41.3% участников было имплантировано двухкамерное устройство, 38.9% — CRT-D, 19.8% — однокамерный стимулятор. В 83.5% случаев имплантация устройства проводилась с целью первичной профилактики. Период наблюдения составил до 5 лет (в среднем 2.7 лет).

За период наблюдения было зарегистрировано 40072 случая смерти — 12.6 на 100 пациенто-лет. Уровни смертности были выше в случае имплантации ИКД с целью вторичной профилактики по сравнению с первичной (13.3 по сравнению с 12.4

на 100 пациенто-лет). То же отмечалось и касательно осложнений, связанных с устройством ($P=0.005$).

Основными причинами повторного оперативного вмешательства были нарушение работы устройства (2.1 на 100 пациенто-лет) или инфекционные осложнения (0.45 на 100 пациенто-лет). Причинами основных осложнений, приведших к повторной госпитализации, были механические осложнения (2.7 на 100 пациенто-лет) и инфекции/воспаление (0.8 на 100 пациенто-лет).

Оказалось, что в случае имплантации устройства в возрасте старше 85 лет по сравнению с возрастом от 65 до 69 лет, относительный риск осложнений составляет 1.55; при сравнении CRT-D и однокамерного устройства относительный риск составил 1.38; у женщин, по сравнению с мужчинами — 1.16 ($P<0.001$ для всех сравнений); у афроамериканцев по сравнению с белыми — 1.14 ($P=0.006$).

Наконец, 3.9 повторных вмешательств на каждые 100 пациенто-лет не были связаны с устройством-ассоциированными осложнениями и были представлены заменой либо модернизацией ИКД.

<http://cardiosource.org>

на «лимиты», которые им спускают «сверху», представитель Минздрава поясняет: на самом деле эти нормативы времени — вовсе не прямое предписание для врачей.

— Хочу особо отметить: указанные нормы времени адресованы не работникам практического звена, а организаторам здравоохранения, — подчеркивает директор Департамента общественного здоровья и коммуникаций Минздрава Олег Салагай. — Практикующий врач должен принимать пациента ровно столько, сколько необходимо с учетом состояния его здоровья. В то время как нормы времени необходимы для организационной работы: расчета норм нагрузки на каждого врача, нормативов численности и других норм труда врачей. Причем, такие нормы могут различаться даже в однотипных медицинских организациях в зависимости от уровня техники, технологии, организации труда.

В Минздраве отмечают: обновленные российские нормы времени

больше, чем в ряде стран Европы.

— В Великобритании средняя продолжительность приема пациента врачом общей практики составляет 8 минут,

— в Испании — 10 минут,

— в Германии — 13 минут,

— в Швейцарии и Австрии — 15 минут.

КОММЕНТАРИИ МЕДИКОВ

«Когда не хватает медперсонала, с нас требуют выполнения лимитов»

Практикующий врач, знакомый с ситуацией в разных регионах России, на условиях анонимности рассказал «КП»:

— На практике все зависит от ситуации в конкретной поликлинике. Если лечебное учреждение полностью укомплектовано медперсоналом, то жестких лимитов времени на прием пациентов, как правило, не устанавливается. При необходимости терапевт может уделить больному и 30 минут, и час.

Если же врачей не хватает — при недостатке кадров либо когда часть медперсонала болеет, в отпусках

и т.д., то в такой ситуации руководство может настаивать, чтобы доктор «не перебирали» лимит времени приема каждого пациента. Тогда нормы — 15 мин и другие могут устанавливаться как непосредственное руководство к действию.

В то же время стоит иметь в виду: далеко не всегда объективно нужно держать больного те же 15 минут. Скажем, требуется лишь закрыть больничный лист пациенту, посмотреть готовые результаты анализов и скорректировать лечение. В таких случаях может быть вполне достаточно 5 или 10 мин.

Словом, нормативы из приказа Минздрава «в мирное время», при достаточном количестве медперсонала на самом деле скорее ориентировка, а не обязательная норма. Если же ситуация в поликлинике не столь благополучная, то «лимиты» имеют больше шансов стать строгим предписанием для практикующих врачей.

«При электронной записи к врачу без нормативов не обойтись»

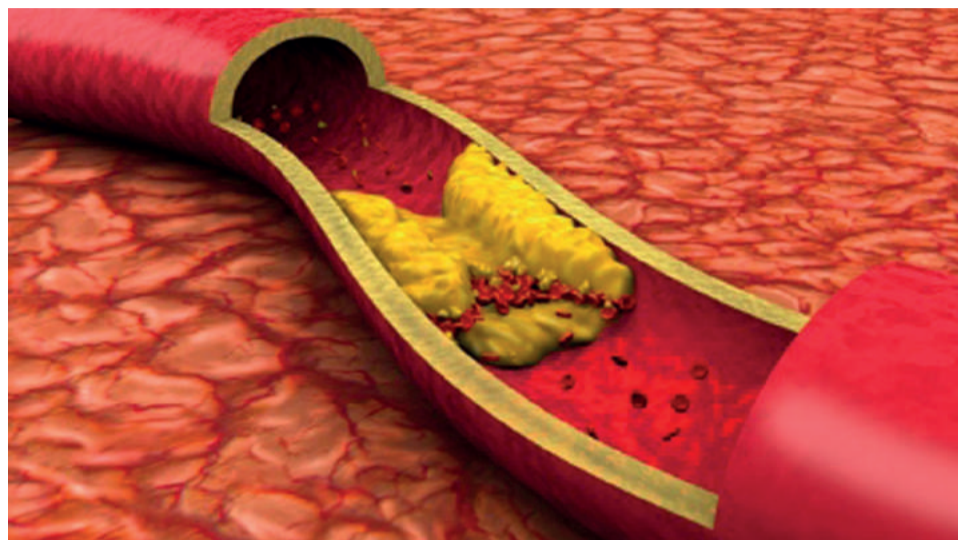
В некоторых регионах России работает электронная запись к врачам: пациенты через Интернет выбирают конкретное время явки к доктору.

— В таких случаях без норм времени приема каждого пациента просто не обойтись, — пояснил нам один из врачей, работающих в такой системе, попросив не называть своего имени. — Представьте себе: человек записался через Интернет на 10.15, а доктор принимал предыдущего пациента не 15 минут, а 30. Начинается задержка, которая будет накапливаться, отражаясь на последующих пациентах. В конце концов соберется очередь, люди начнут жаловаться, поликлиника попадет в «черный список» местных органов здравоохранения, главврача вызовут на ковер...

«Так что тема нормативов приема пациентов не так-то проста и на самом деле очень болезненная — и для простых врачей-тружеников, и для руководства больниц», — признается доктор.

<http://m.kp.ru/daily/>

Уровень липопротеидов высокой плотности как предиктор сердечно-сосудистых событий



Новые данные анализа Фрэммингемского исследования оспаривают факт того, что уровни холестерина липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) являются предикторами сердечно-сосудистого риска независимо от показателей других липидов, а также добавляют скепсиса касательно того, что сами по себе уровни ЛПВП являются целью терапии.

Результаты показали, что на взаимосвязь между уровнями холестерина ЛПВП и риском сердечно-сосу-

дистых событий влияют показатели липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) и триглицеридов. При этом предиктивная способность холестерина ЛПВП при выявлении высоких уровней одного или двух других указанных маркеров уменьшается.

По словам главного исследователя, речь не идет об отрицании важности показателя ЛПВП. Но в случае, например, низких уровней ЛПВП на фоне нормальных остальных показателей липидограммы

сердечно-сосудистый риск не является повышенным. С другой стороны, наличие высоких уровней ЛПВП не означает, что риск сердечно-сосудистых событий низкий.

В новый анализ вошли данные 3590 участников без установленного сердечно-сосудистого заболевания, которые наблюдались с 1987 по 2011 годы. Низкие уровни холестерина ЛПВП (<50 мг/дл у женщин и <40 мг/дл у мужчин) считались изолированными в случае, если показатели триглицеридов и холестерина ЛПНП были в пределах нормальных значений (<100 мг/дл). Такая картина наблюдалась у 2.3% участников.

Сердечно-сосудистый риск резко повышался у участников с низкими уровнями холестерина ЛПВП на фоне неоптимальных значений других маркеров, по сравнению с участниками с изолированными низкими уровнями холестерина ЛПВП, даже после коррекции результатов на возраст на момент базового анализа крови, пол, наличие сахарного диабета, артериальной гипертензии и статус курения.

Отношение шансов (ОШ) для сердечно-сосудистых заболеваний

в течение периода наблюдения у пациентов с низким уровнем холестерина ЛПВП составили:

1.3 (95% ДИ 1.0–1.6) при уровне ЛПНП ≥ 100 мг/дл и триглицеридах < 100 мг/дл;

1.3 (95% ДИ 1.1–1.5) при ЛПНП < 100 мг/дл и триглицеридах ≥ 100 мг/дл;

1.6 (1.2–2.2) при уровне триглицеридов и ЛПНП ≥ 100 мг/дл.

Результаты были схожими и при “высоких” уровнях триглицеридов (≥ 150 мг/дл) и ЛПНП (≥ 130 мг/дл).

Повышенные уровни холестерина ЛПВП были ассоциированы с падением сердечно-сосудистого риска на 20–40% по сравнению с изолированно низким значением ЛПВП. Однако не было выявлено достоверного влияния на риск при уровнях как триглицеридов, так и ЛПНП, от 100 мг/дл и выше.

Как известно, с 2011 года в рекомендациях Европейского общества кардиологов/Европейского общества по изучению атеросклероза уровень холестерина ЛПВП более не рассматривается как мишень гиполлипидемической терапии.

<http://cardiosource.org>

Анонс VI Международного форума кардиологов и терапевтов

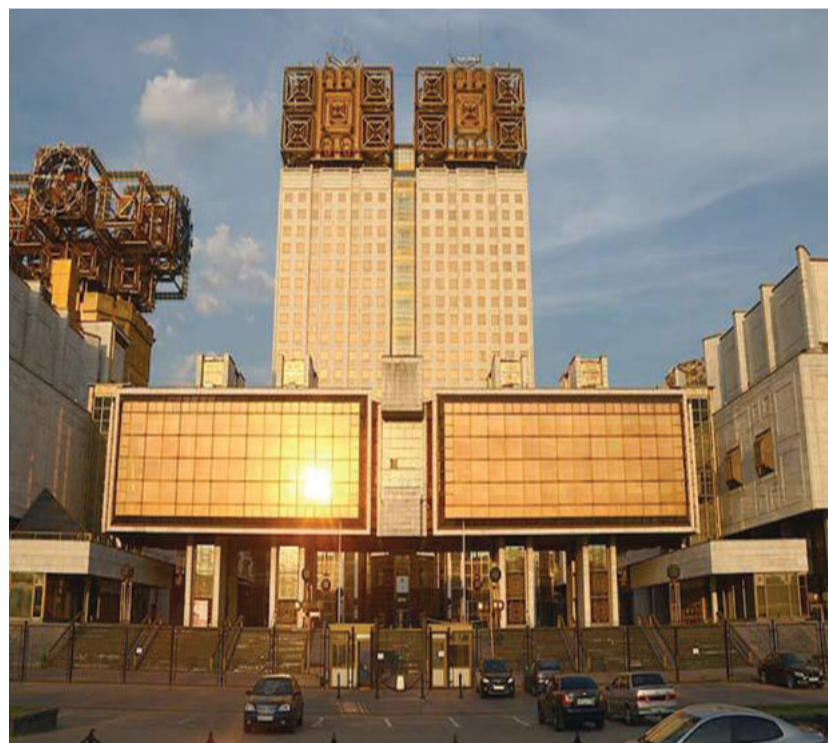
Министерство здравоохранения РФ
Российская академия наук
Всемирная Федерация Сердца
Департамент здравоохранения города Москвы
Министерство здравоохранения Московской области
Российское кардиологическое общество
Фонд содействия развитию кардиологии «Кардиопрогресс»

Уважаемые коллеги!

Приглашаем Вас принять участие в VI Международном Форуме кардиологов и терапевтов, который состоится 28–30 марта 2017 г. в г. Москва, в Новом здании Президиума Российской академии наук по адресу: Ленинский проспект, 32А; проезд: ст. метро «Ленинский проспект».

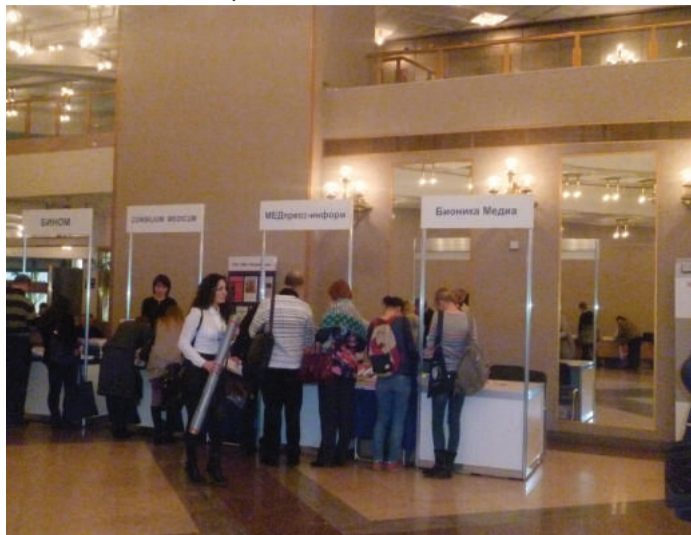
Тематика Форума

- Совершенствование организации помощи кардиологическим и терапевтическим больным
- Неотложная и скорая помощь при сердечно-сосудистых и других соматических заболеваниях
- Новые медицинские технологии в диагностике, лечении, и реабилитации кардиологических больных
- Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний
- Интервенционная кардиология и хирургические методы лечения сердечно-сосудистых заболеваний



- Коморбидные заболевания (состояния) в практике врача терапевта: особенности диагностики, лечения, профилактики.
- Надвигающиеся эпидемии: ожирение, сахарный диабет и другие эндокринные заболевания
- Хронические легочные заболевания в терапевтической практике
- Заболевания почек Желудочно-кишечные патологии
- Психосоматические и неврологические расстройства в практике терапевта
- Системные заболевания соединительной ткани
- Семейная медицина
- Сестринское дело в клинике внутренних болезней

Окончание.
Начало см. на 3 стр.



Правила оформления тезисов

1. **Объем тезисов** — 1 страница (A4), поля сверху, снизу, справа и слева — 3 см. Шрифт Times New Roman — 12 пт., через 1 интервал. Не допускается размещение в тексте таблиц и рисунков. Тезисы будут печататься без повторного набора и не будут подвергнуты редакторской правке. 2. В **заглавии** должны быть указаны: название (заглавными буквами), с новой строки — фамилии и инициалы авторов, с новой строки — учреждение, город, страна. 3. В **содержании** тезисов должны быть отражены: цель, методы исследования, полученные результаты, выводы. В тексте тезисов не следует приводить таблицы, рисунки и ссылки на источники литературы. В названии тезисов не допускаются сокращения.



Научная программа Форума включает лекции, пленарные заседания, научные симпозиумы, секционные заседания, стендовые доклады и школы для практикующих врачей с участием российских и международных экспертов. По традиции в рамках Форума будет организован симпозиум молодых ученых. В нем могут принять участие лица в возрасте до 35 лет. Для официального участия специалистов в работе Форума будут изданы приказы по Москве и Московской области, а также Министерства здравоохранения РФ. Полная научная программа размещается на официальном сайте Форума (www.cardioprogress.ru) за 1 месяц до начала мероприятия. Информация о Международном форуме кардиологов и терапевтов размещена на официальном сайте Форума www.cardioprogress.ru, а также на сайтах партнеров: www.roscardio.ru, www.rpcardio.ru, www.internist.ru, www.bionika-media.ru, www.medvestnik.ru, www.pharmvestnik.ru.

Тезисы

Сборник тезисов Форума будет опубликован в виде приложения журнала рекомендованного ВАКом. Наиболее интересные работы будут отобраны для стендовых и устных докладов.



Тезисы направить в **электронном виде** в формате Word на tesisi.cardio@gmail.com. В **теме** письма указать **ТезисыИвановИИМосква1**.

Письмо должно содержать:

файл с тезисами в одном файле должны содержаться одни тезисы.

файл с информацией о контактном лице и скан платежного документа.

Стоимость опубликования одних тезисов (одна работа) — 400 руб. (сумма не включает стоимость сборника тезисов). Все суммы включают НДС.

Реквизиты для перечисления средств для публикации тезисов: Фонд содействия развитию кардиологии «Кардиопротекс». 127106, Москва, Гостиничный проезд, дом 6, корпус 2, оф. 213, ИНН/КПП 7715491092/771501001 ОГРН 1127799005179 Банковские реквизиты: р/с № 40703810938120000359 в ОАО «Сбербанк России» г. Москва, БИК 044525225, к/с 30101810400000000225

Пожалуйста, указывайте в квитанции назначение платежа. Например: взнос за публикацию тезисов Иванова И.И. в материалах Московского международного Форума кардиологов 2015.

ВНИМАНИЕ! Тезисы должны быть получены Оргкомитетом до 15 февраля 2017 г.

Убедительная просьба — заблаговременно подавайте ваши тезисы. Тезисы, полученные позднее указанной даты, рассматриваться не будут.

Свидетельства с кредитными часами. По завершению форума все зарегистрированные участники получают индивидуальные свидетельства в рамках непрерывного медицинского образования Минздрава РФ с 15 кредитными часами.

Регистрация

Регистрационные взносы для участия делегатов в работе V Международного форума кардиологов и терапевтов не требуются. При этом все зарегистрированные делегаты получат портфель участника без оплаты. Регистрационную форму необходимо выслать в Оргкомитет **до 3 марта 2017 г по электронному адресу: registraciya.cardio@gmail.com**

Сливочное масло назвали безвредным



Продукт не приводит к сердечно-сосудистым заболеваниям, почти не повышает риск преждевременной смерти и даже защищает от диабета 2 типа.

К таким выводам пришли исследователи из Университета Тафтса (США), чья работа опубликована в журнале *PLOS ONE*.

Как отмечают авторы исследования, в рекомендациях по правильно-му питанию обычно есть совет воздерживаться от продуктов с высоким содержанием насыщенных жиров, к которым относится сливочное масло. В то же время, польза молочных продуктов для сердца и обмена веществ доказана в многочисленных исследованиях.

Чтобы оценить риски потребления сливочного масла, ученые проанализировали данные, полученные в ходе 9 масштабных исследований на эту тему. В них принимали участие более 630 тысяч человек из 15 стран мира. В среднем уровень потребле-

ния сливочного масла участниками исследований составил от трети порции в день, где порция равнялась 14 граммам (примерно чайная ложка), до 3,2 порций в день.

Исследователи не нашли зависимости между количеством масла, съедаемым в день, и риском развития сердечно-сосудистых заболеваний. Они нашли лишь очень слабое повышение риска ранней смерти и снижение риска развития диабета 2 типа.

«Даже при условии, что люди, потребляющие много масла, в среднем питаются более нездоровой едой и ведут неправильный образ жизни, этот продукт можно признать совершенно

нейтральным,— отметила один из авторов исследования Лора Пимпин (Laura Pimpin).— То есть сливочное масло, в сущности, ни то ни се— оно более полезно, чем сахар или крахмал, но вреднее, чем такие растительные масла, как, например, соевое, каноловое, льняное или оливковое».

«В целом наши результаты говорят, что сливочное масло не нужно демонизировать и стремиться сократить его потребление»,— подчеркнул ведущий автор работы Дариуш Мозаффариан (Dariush Mozaffarian).

Вред этого продукта опровергали и ранее.

<https://health.mail.ru/>

УЧРЕДИТЕЛЬ Фонд содействия развитию кардиологии «Кардиопротекс»	РЕДАКЦИЯ Главный редактор Оганов Рафаэль Гегамович Шеф-редактор Мамедов Мехман Ниязи оглы Верстка: И. Темнова	АДРЕС РЕДАКЦИИ И УЧРЕДИТЕЛЯ 127106, Москва, Гостиничный проезд, д. 6 корп. 2, оф. 213 тел.: + 7 (965) 2361600, e-mail: inf.cardio@gmail.com	ПЕЧАТЬ ООО «Клуб Принт» Заказ № Тираж 950 экз.	РАСПРОСТРАНЕНИЕ По почтовой рассылке и на научных мероприятиях бесплатно. Категорически запрещается полная или частичная перепечатка материалов без официального согласия редакции. Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов. Ответственность за достоверность рекламных объявлений несут рекламодатели.
--	--	---	---	---