



ВЕСТНИК МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО

МОСКОВСКИЙ ДОКТОР

Декабрь 2009
№ 13 (102)

НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ

Полная версия газеты <http://zdrav.net/terobsh/vestnik/archive>
Программа заседаний МГНОТ вывешивается на сайте <http://www.zdrav.net>

ПРЯМАЯ РЕЧЬ

«Дело врачей: мы не убийцы в белых халатах» — под таким лозунгом прошла 29 октября 2009 года пресс-конференция в Независимом пресс-центре на Пречистенке, организованная Формулярным комитетом РАМН. В ней приняли участие заместитель председателя Формулярного комитета РАМН профессор П.А. Воробьев, руководитель российского отделения Северо-Европейского центра Кокрейновского Сотрудничества профессор В.В. Власов, президент Общества специалистов доказательной медицины К.Д. Данишевский, заведующий отделением Клиники семейной медицины А.Г. Резе.

В анонсе указывалось, что в стране в последнее время развернута беспрецедентная травля врачей. Нас обвиняют во взяточничестве, непрофессионализме, преднамеренном нанесении вреда пациентам. Мы слышим из уст первых лиц государства, руководителей министерств и ведомств угрозы и нелестные сравнения, унижающие наше человеческое достоинство и профессиональную честь. Обыденным делом становятся провокации, аресты, снятия с работы без объяснения причин.

Мы не убийцы в белых халатах

Открыл пресс-конференцию П.А. Воробьев: Так получилось, что мы с вами собрались в день, когда у Соловецкого камня идет поминовение наших репрессированных соотечественников. Может быть, символично, что мы вспомнили про эту тему, про врачей-убийц, эту одну из составляющих сталинского режима, от которого мы хотим уйти подальше.

Информационный повод, который заставил нас выступить с таким лозунгом, совершенно понятен: высказывание как руководством страны, так и в ряде телепередач и газетных публикаций отношения к врачам как к людям низшего сорта. Нас уподобили гаишникам, которые берут взятки на дорогах, ничего не делая, с одной стороны, с другой стороны нас обвинили в том, что мы, назначая лекарства, думаем только о собственном кармане, а никак не о здоровье пациентов. К сожалению, ситуация эта повторяется, она периодически возникает, а потом вроде бы идет на спад, но уже проследив несколько подобных всплесков, мы можем сделать например такой вывод: истерия по поводу преступной трансплантации органов, врачей трансплантологов, привела к тому, что в стране почти прекратила существование трансплантология. Это значит, что тысячи людей остались без пересаженных почек, сердец, печеней... Сейчас ситуация начинает выправляться, последние пару лет вновь началась трансплантация, но это все было спровоцировано!

Реплика Власова В.В.: В 2009 году вернулись к показателям 2003 года, большое достижение...
Воробьев П.А. На наш взгляд похожая ситуация складывается с острым инфарктом миокарда — люди не обращаются за медицинской помощью, по московским данным примерно полсуток. Время от момента развития болевого синдрома до приезда в больницу — в среднем 20 часов. Это не «скорая помощь» не везет: люди не идут к врачу даже с болями в сердце! Во всем мире работает пропаганда, во всем мире висят плакаты о том, что если вы почувствовали боль в сердце — обратитесь к врачу. А у нас не то что этого нет, а наоборот, еще пугают, что придет «скорая», и вас могут убить, или введут некачественное лекарство.

К чему это ведет: если человек попадает в больницу в ближайшие 4–6 часов от начала развития инфаркта, то с помощью современных препаратов с крайне высокой степенью вероятности он останется жив, более того — у него вообще инфаркт может быть разрешен! Если он приезжает через 20 часов — помочь ему медицина практически ничем уже не может, только сохранить тот миокард, который остался.

Таких ситуаций много, и видно, что пациентские организации тоже начинают бояться тех или иных обстоятельств, тех или иных препаратов, которые поступают на рынок. Конечно, есть некоторые основания, но есть и истерия, причем вклад этой истерии высокий.

Мы — Формулярный комитет РАМН (председатель — академик А.И. Воробьев), считаем, что негативный образ врача, врачебного сообщества, медицины в целом приводит к тому, что люди своевременно не получают адекватной медицинской помощи.

Мы прекрасно понимаем, что это инсинуировано чиновниками, которые не хотят отвечать за провалы в здравоохранении. Простые примеры: Общество больных раком публикует списки больных («Белая книга»), которые не получили медицинской помощи, которым было отказано в медицинской помощи. В основном это происходило по экономическим мотивам: нет денег на лечение... Строго говоря, больного вообще не должно



волновать, есть деньги или нет денег, он должен получать необходимую медицинскую помощь. И тут же в прессе ответ Минздрава: мы развиваем онкологическую помощь в стране, ставим современное дорогостоящее оборудование для диагностики. При этом в государственной программе нет ни слова о лечении больных. Может быть, мы станем лучше ставить диагнозы, но про лечение забыли...

Это — латание тришкиного кафтана, это — бессистемный подход к организации здравоохранения. Отвечать за это будут, конечно, врачи. Но в конечном счете отвечать за это все будут наши пациенты, которые не получают лечение.

Власов В.В. При советской власти, в том виде, в котором я ее помню, в 80-е годы, советские врачи — старшие ординаторы, получали 115 рублей в месяц, при

этом обед в городской столовой стоил 2 рубля. Сегодня наши врачи получают 5 тысяч рублей, обед в городской едальне стоит 250 рублей. Элементарное сравнение показывает, что врачи как были, так и остались нищим словом. При этом их постоянно призывают отдавать все свои силы благородному делу служения пациентам днем и ночью. В нашем законодательстве записана обязанность — оказывать помощь независимо от того, находятся они на рабочем месте, или не находятся. Эта ситуация продолжается без конца, и таких примеров, как пример с гибелью трансплантации из-за того, что попытались накинуть узду на врачей, много. Я хочу напомнить про уголовное дело, которое было заведено на одного ректора медицинского вуза — в СИЗО до сих пор томится ректор Архангельского медицинского университета...

Воробьев П.А. Его перевели в больницу после того, как медицинская общественность восстала...

Власов В.В. То есть это систематический способ давления на медицину. Как вы знаете, против одного ректора дело закрыто, против другого будет закрыто, я почему-то так думаю. Думаю, что сместят с должности, и дело будет закрыто. Ситуация совершенно очевидная — вместо того, чтобы реформировать систему здравоохранения, все разговоры о реформе закончены 10–12 лет назад,

так вот, вместо того, чтобы реформировать систему здравоохранения, пытаются найти крайнего. Самый последний стимул — это просто передер лекарственного рынка. Хотят вытеснить иностранные фармацевтические компании, продвигают отечественные фармацевтические компании, которыми владеют друзья и члены семей чиновников. Характерный пример: руководитель страны едет на совещание по развитию отечественной фармацевтической промышленности, там бывший вице-премьер, ныне министр промышленности и торговли господин Христенко делает президенту презентацию, в которой указываются откуда-то взятые 15 самых важных болезней, которые убивают россиян. Откуда они взялись, кто составил этот список,

Продолжение на стр. 2

Дорогие друзья!

Экономическая ситуация в стране не могла не сказаться на выходе нашей газеты. Мы вынуждены уменьшать объемы и тиражи. Одной из самых затратных статей расходов является доставка газеты адресату. На 2010 год мы планируем рассылать газету 1 раз в месяц. Убедительно просим вас оплатить доставку газеты за год в сумме 200 рублей. Оплатить можно в любом банке. В документе нужно указать фамилию, имя, отчество полностью, подробный почтовый адрес доставки газеты с индексом. Сохраняйте копию квитанции для контроля! Бесплатная рассылка сохраняется для членов МГНОТ, оплативших членские взносы в установленном порядке. Если по какой-либо причине Вы не можете оплатить доставку, напишите, пожалуйста, в редакцию письмо с просьбой-обоснованием по адресу: 115446, Москва, а/я 2, МТП НЬЮДИМЕД

Просим Вас, при желании в 2010 г. получить газету, оплатить ее доставку до 1 февраля 2010 г.!

С сентября 2009 г. Вестник МГНОТ «Московский доктор» в буквальном виде выходит в сокращенной версии. С полной версией газеты и значительно оперативнее вы можете ознакомиться по адресу в Интернете <http://zdrav.net/terobsh/vestnik/archive>

Редакция Вестника МГНОТ

ИЗВЕЩЕНИЕ

ООО «МТП Ньюдиамед» КПП 770201001 (наименование получателя платежа)	7702245220 № 40702810500000000485 (ИНН получателя платежа) (номер счета получателя платежа)
в АКБ «СТРАТЕГИЯ» (ОАО) (наименование банка получателя платежа)	БИК 044579505 № 30101810000000000505 (номер кор.сч. банка получателя платежа)
Плательщик: _____ (ФИО и адрес плательщика)	
Назначение платежа: За годовую рассылку газеты «Московский доктор» 2010г. (с НДС-18%)	Сумма платежа: 200 руб. 00 коп. Плательщик: _____ (подпись) Дата: _____ 2009 года
Кассир	

КВИТАНЦИЯ

«МТП Ньюдиамед» КПП 770201001 (наименование получателя платежа)	7702245220 № 40702810500000000485 (ИНН получателя платежа) (номер счета получателя платежа)
в АКБ «СТРАТЕГИЯ» (ОАО) (наименование банка получателя платежа)	БИК 044579505 № 30101810000000000505 (номер кор.сч. банка получателя платежа)
Плательщик: _____ (ФИО и адрес плательщика)	
Назначение платежа: За годовую рассылку газеты «Московский доктор» 2010г. (с НДС-18%)	Сумма платежа: 200 руб. 00 коп. Плательщик: _____ (подпись) Дата: _____ 2009 года
Кассир	

Начало на стр. 1 ↗

совершенно непонятно. Откуда-то следом берется список из 10–12 лекарств, которые «спасут» Россию от убивающих ее болезней. А потом, откуда не возьмись, всплывают названия двух фармкомпаний, о которых практически никто ничего не знает. Информация, которая о них есть, это только то, что это сатрапы — новые компании. Эту информацию о совещании вы можете посмотреть на сайте газеты «Ведомости», там полная презентация. То есть совершенно очевидным образом федеральный министр лоббирует интересы двух компаний, которые ничем не прославились, ничего не разработали, пакуют субстанции, купленные за рубежом, под видом своих лекарств и объявляют себя высокотехнологичными компаниями. И они якобы способны разрешить ситуацию с лекарствами в России.

Вот к чему идет политика, но крайним кто-то в существующих проблемах должен быть объявлен. Этими крайними названы врачи, которые якобы вступают в сговор с фармацевтическими компаниями и получают от этого бешеные прибыли. В этой аудитории сидят люди, которые много чего повидали, в том числе бывали и в больницах и видели, как некоторые врачи приезжают на работу на очень дорогих автомобилях. Все знают, что среди врачей есть люди с очень высоким уровнем доходов, но это не означает, что это следствие хорошего финансирования отрасли. Отрасль финансируется по-прежнему отвратительно, по-прежнему средств на здравоохранение в стране очень мало. И врачи, которые работают на 1,5–2 ставки, подрабатывают лекциями, консультациями и т. д., просто спасают свои семьи.

Я хотел бы обратить ваше внимание на второй документ, который вам раздали сегодня — Этический кодекс Формулярного комитета РАМН. Формулярный комитет при президиуме РАМН был первой организацией в стране, которая создала Этический кодекс, которая предложила и старается контролировать отношения членов Формулярного комитета с фарминдустрией. Обращаю ваше внимание, что нигде этого больше нет. То, о чем говорил наш «начальник», что врачи взаимодействуют с фармкомпаниями, получают от них выплаты — это никем не запрещено! Нет ни одного документа в нашей стране, который бы объяснял врачам как это можно делать, в какой форме это можно делать. То есть создана типичная ситуация беззакония, в которой потом названы виноватыми самые уязвимые участники процесса.

Данишевский К.Д. В последнее время я несколько раз наткнулся в публикациях на фразу «врачи-убийцы». Я позвонил нескольким людям, которые основали пациентское движение в России и движение по защите прав пациентов, и попросил их прокомментировать, что они думают на эту тему. Они сказали, что сама идея поставить эти два слова рядом им кажется абсурдной. Хотя вы все наверняка помните, когда этот термин родился. Мне часто звонят журналисты, зная, что я не сильно стесняюсь в выражениях, с просьбой дать жареный факт про «врача-убийцу». Я понимаю, что журналистам надо гнаться за рейтингом, а скандалы привлекают глаз читателя, слушателя, зрителя более эффективно, чем какая-то аналитика. Но в этой ситуации многие журналисты становятся журналистами-убийцами по аналогии. Потому что СМИ должны анализировать системные проблемы, предлагать решения, способствовать дискуссии, прениям в обществе. Врач, на мой взгляд, не является ни убийцей, ни святым. Существует две полярные точки зрения: первая, что врач — это человек, который должен бескорыстно, без зарплаты 24 часа в сутки выполнять работу, спасая людей, другие утверждают, что врачи — убийцы. На самом деле врач — это обычная профессия, которая должна включать выполнение определенных функций, описанных в трудовом договоре, за достойный социальный пакет, достойную зарплату. Этический компонент важен, но не надо его переоценивать, мы живем в обществе, где работа предполагает вознаграждение. В здравоохранении врач оказывается самым слабым звеном, поэтому если что-то идет не так, проще всего обвинить его. Тем более, что большая часть доходов врача — все-таки это не его основная зарплата, рыльце у него в пушку и сделать его виноватым достаточно просто. Так вообще работают любые крупные системы, организации, бюрократии: обычно расстреливают стрелочника. Врач оказался стрелочником в России и расплачивается за системные проблемы. Эти системные проблемы никто даже не пытается решать в России на сегодняшний день: все те, кто должны были бы их решать по роду своей деятельности, считают, что попытка ворошить осиное гнездо окажется неблагодарной.

Что фактически происходит — есть какое-то количество олигархов в медицине, людей, которые контролируют ресурсы, любая попытка что-то изменить в системе здравоохранения затронет их непосредственные финансовые интересы. Люди эти достаточно сильные, влиятельные. Другая страна, где сильно медицинское лобби — США, и там самые высокие расходы на здравоохранение при достаточно скромных результатах. Везде, где медицинское лобби оказывается очень сильным, где медициной управляют некие высокопоставленные лица от медицины, где существует система корпоративности, заканчивается всегда тем, что пытаются погасить скандалы более системные, а когда что-то случается, то найти стрелочника и расстрелять его.

Эта ситуация устраивает даже многих врачей, потому что врачи приспособились, нашли свою нишу в этой

системе, умудряются сделать так, чтобы их дети не умирали с голоду, ищут пути выживания. Единственные, кого эта ситуация не должна была бы устраивать, это пациенты. Но, к сожалению, у пациентов нет профессиональных знаний для того, чтобы понять, как плохо обстоят дела в здравоохранении.

Приведу только несколько примеров: на 2010 год на профилактику ВИЧ-инфекции в России выделено ноль рублей ноль копеек. Абсурдная ситуация. Я работал долгое время в организации, которая занималась профилактикой ВИЧ-инфекции в России: на лечение есть деньги, на диагностику есть, на профилактику — ноль. Россия в 2008 году присоединилась к рамочной конвенции ВОЗ по борьбе с табаком, но не принято ни одного закона, направленного на снижение распространности курения в России. Принят технический регламент, который написан табачной индустрией для того, чтобы наоборот увеличивать продажи и чтобы устранить всякие возможности для любых исков пострадавших к табачным компаниям. Государство скажало, что если табачные изделия производятся из табака и применяются любые добавки, которые разрешены в пищевой промышленности, то это легальная продукция, а в любых последствиях виноват сам курящий. Очень долго ведутся разговоры о том, что нужно справиться с основной причиной преждевременной смертности в России — алкоголем. По модели северных стран это можно было бы сделать за полгода — год. За все это время дискуссии не вынесено ни одного эффективного законопроекта. Разговоры о реформе в системе здравоохранения идут в течение более длительного срока — ни одного системного решения принято не было.

Что необходимо сделать для того, чтобы хотя бы чуть-чуть изменить ситуацию в системе здравоохранения России? На мой взгляд, действительно нужны стандарты лечения хотя бы основных наиболее распространенных заболеваний, и стандарты эти должны основываться на лучших исследованиях. Достаточно было бы взять с сайта национальной библиотеки США клинические стандарты наиболее развитых стран по лечению инфаркта, посмотреть, каковы они в Канаде, США и в Британии — они будут почти полностью совпадать, посмотреть, есть ли какие-то особенности в системе здравоохранения России, которые диктуют необходимость адаптации этой клинической рекомендации. Чаще всего эта адаптация будет минимальной. К сожалению, в России не исполняются стандарты.

Необходимо урезать инфраструктуру. Количество врачей на душу населения в России одно из самых высоких в мире, выше только в Италии. У нас самый высокий коечный фонд на душу населения, при этом большая часть госпитализаций являются абсолютной необоснованными. Коечный фонд может быть сокращен почти в два раза! Нужно понимать, что врачей в определенных специальностях и в определенных местностях не хватает, так же, как и лечебно-профилактических учреждений. То, что у нас в целом на уровне страны очень высокое количество врачей и высокий коечный фонд, не означает, что нет мест, где люди лишены всякого доступа к медицинской помощи, или что этот избыток инфраструктуры касается всех специальностей. Применяется огромное количество лекарств, большая часть из которых не нужна. Нужно убрать все, что неэффективно.

Реформа, о которой я говорю, применялась в 50-х годах в США, она называлась «снижать количество, но повышать эффективность». Тех денег, которые есть в здравоохранении, достаточно для того, чтобы система здравоохранения функционировала намного лучше, чем она функционирует. Нет ни одной страны, где бы врачи говорили, что средств достаточно. Но те средства, которые у нас есть, сегодня используются настолько неэффективно, что на настоящий момент, на мой взгляд, может быть крамолу скажу, хорошо, что финансирование здравоохранения не увеличивается, потому что еще больше денег бы было потрачено впустую. Необходим закон о лоббировании в России, который бы четко регламентировал, каким образом может происходить взаимодействие лиц, принимающих решения. В основном этот закон должен касаться чиновников, но врач — это человек принимающий решения, и порой эти решения связаны с очень большими деньгами. Лечение сложного заболевания может обходиться и в 50 тысяч у. е., и больше. Таким образом, решения врача влекут за собой серьезные финансовые последствия.

Без этих четырех моментов — стандартизации, урезания инфраструктуры лишней, увеличения официальных зарплат врачам, которые останутся после урезания, и без закона, регламентирующего взаимодействие с бизнесом, решить системно проблему не получится, и все будет происходить по той модели, по которой происходит сейчас — будут искать крайнего, врача, слабого, зачуханного — и объявлять его убийцей.

Резе А.Г. Мне хотелось сказать о том, что отсутствует в системе здравоохранения здоровая физиологическая обратная связь от получателя услуг — пациента. Между поставщиком и потребителем связи нет... До сих пор профессиональное сообщество не знает, какую бы ме-

дицинскую помощь хотело бы получать наше общество. Это, может быть, звучит несколько абстрактно, но в конкретном приложении это выглядит так: где бы вы хотели лечиться — в стационаре с большим количеством персонала и дорого, или амбулаторно и дешево? Огромное количество заболеваний можно лечить и там, и там. И в России огромное количество таких заболеваний лечится традиционно в стационарах. Очевидно, что это намного дороже. Возможно, люди хотят более доступную помощь и согласны поступиться уровнем сервиса или, наоборот, хотят доступную для немногих медпомощь, но с высоким уровнем сервиса. И то и другое можно организовать, парадокс в том, что до сих пор никто внятно на эту тему не высказался. То, что мы видим, про «убийц в белых халатах» — какая-то истерика, попытка свести все к каким-то двум — трем действительно трагичным событиям. Более того, профессиональные организации, общества защиты пациентов пытаются систематически наладить эту обратную связь, но ни к чему хорошему это не приводит. Организации, занимающиеся защитой прав пациентов, занимаются тушением пожаров, выезжают в свхатки, фактически кровопролитные случаи, действительно драматичные, защищают, справедливо защищают пациентов, но это же не системное решение проблемы.

Действительно, врачей в России очень много, но распределение их как внутри медицинских специальностей, так и географически ужасно неоднородно. Например, на всю сельскую часть Российской Федерации, то, что не относится к крупным городам, это официальные цифры, приходится всего тысяча врачей-педиатров. В амбулаторной помощи, а поликлинической помощи, которая занимается лечением на ранних стадиях, эффективно работающая амбулаторная помощь позволяет не доводить заболевания до стадий, когда нужно пересаживать органы, укомплектованность штата врачами — 50%, и из тех, кто работает, 50% уже сейчас пенсионеры. То есть система амбулаторной медицинской помощи очень близка к полному коллапсу. Это очевидно для всех, эти цифры известны, и их точно знают руководители здравоохранения.

Хочу оговориться, чтобы ни у кого не было иллюзий: коммерческая, то есть негосударственная медицина в принципе не может заменить государственную медицину. Это утопия, иллюзия, к которой периодически пытаются подвести, чтобы были сделаны соответствующие выводы определенными людьми. Коммерческая медицина не решит проблемы российского здравоохранения.

Воробьев П.А. Я бы очень осторожно относился к претензиям к СМИ, они пишут то, что видят, им дают тему — они ее развивают. Но государство должно заниматься пропагандой в медицине, это крайне важно! Если государство занимается антипропагандой, то какие могут быть претензии к СМИ? Вы же не найдете сейчас нигде в газетах, как себя вести при болях в сердце или при приступе внезапной одышки! Нет никакой программы по пропаганде, а без нее, к сожалению, врач ничего сделать не может, потому что больной к нему не придет. А антипропаганда чудовищна по своим последствиям.

Еще один вопрос: Наши лозунги: «Спешите делать добро!», «Светя другим, сгораю сам!». Но начиная от Гиппократов никто не говорил, что врач должен работать бесплатно. Врач должен получать средства за существование, поскольку у него есть такая же семья, как и у остальных, и он тоже хочет кушать. Не нужно никакой идиллии в этом отношении создавать. Но у Гиппократов есть понятие о презрении к деньгам. У него очень четко это прописано — он предлагает разделить денежные потоки и оказание медицинской помощи. Врач не должен думать о деньгах принимая пациента.

Почему не может существовать платное здравоохранение? Почему американская система здравоохранения — очень дорогая, но плохая система? Потому что она базируется на зарабатывании денег. Там врач получает за каждую выполненную процедуру дополнительные деньги. Это — неверно! Врач должен оказывать помощь, но за это государство должно его обеспечивать. Именно государство, а не больные, потому что цена вопроса очень высока. Потому что сегодня есть пациенты, которые стоят в течение года 200 миллионов рублей — таких денег у пациентов нет. Сегодня врачи, которые выписывают такое лечение, например при гемофилии, оказались под следствием. К чему это приведет? К тому, что перестанут врачи выписывать это лечение. Кто пострадает? Больные! Вот цепочка этой истерии и конечное ее звено. Вот в чем проблема, с которой мы сегодня к вам обращаемся.

На пресс-конференции было представлено заявление Формулярного комитета РАМН

Дорогие друзья! Давно прошли времена, когда врача представляли в образе доброго, все понимающего справедливого человека. Все чаще пресса и ответственные лица демонстрируют врача — человека не порядочного, корыстолюбивого, опасного. Между тем, в реальной жизни между врачом и больным возникают доверительные отношения, врачу перепоручается самое



**ПРОТОКОЛ СОВМЕСТНОГО
ЗАСЕДАНИЯ АНГИОЛОГИЧЕСКОЙ И
КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ СЕКЦИЙ МГНОТ**

от 6 ноября 2008 года

Сопредседатели секций: член-корр. РАН, акад. РАМН, проф. Ю.Н. Беленков, акад. РАМН, проф. В.А. Сандриков, проф. М.П. Савенков, проф. М.Г. Глезер, проф. В.А. Парфенов, проф. А.В. Чупин.

Постоянный оппонент: проф. П.А. Воробьев

Секретарь: Л.А. Положенкова

Повестка дня:

«Острый коронарный синдром. Не упустить время»

Заседание открыл М.П. Савенков, сразу же предоставив слово докладчикам.

1. Проф. Е.Ю. Васильева (кафедра кардиологии ФПДО МГМСУ).

«Острый коронарный синдром (ОКС)».

Изложены критерии диагностики острого инфаркта миокарда: клинические проявления, ЭКГ-изменения, характерные для ишемии миокарда, появление патологического зубца Q, повышение и/или снижение кардиоспецифических маркеров (предпочтительно следует определять тропонин, при этом необходимо исключить возможные другие, внесердечные, причины его повышения). Представлена классификация различных типов инфаркта миокарда. Существует 5 типов инфаркта миокарда: 1) спонтанный инфаркт миокарда, вызванный ишемией, возникшей в результате надрыва или разрыва бляшки, 2) вторичный инфаркт миокарда, например, при коронаростазе, 3) инфаркт миокарда, связанный с ЧТКА, инфаркт миокарда, связанный с АКШ, и 5) внезапная сердечная смерть с клиникой ишемии миокарда с впервые возникшим повышением сегмента ST или БЛНПГ. Дана тактика ведения больного с инфарктом миокарда и подъемом сегмента ST: показана тромболитическая терапия (эффективна в 60%, если проводится в первые часы после развития инфаркта миокарда, после 8 и более часов она не эффективна), экстренная ангиопластика со стентированием (более эффективна, но если операция проводится в первые 12 часов после развития инфаркта миокарда), тромболитизис + ЧТКА. Приведены сравнительные данные реперфузионной (противотромботической терапии, подтвержденные результатами собственных исследований (более 600 наблюдений), свидетельствующих о преимуществе фармакоинвазивного лечения (тромболитизис + ЧТКА). При этом подчеркнута, что данная манипуляция эффективна, если она выполняется в первые 4 часа (до суток) после развития инфаркта миокарда. Обращено внимание врачей на то, что провести такое лечение в России пока трудно из-за плохой организации, ведь госпитализировать больного необходимо срочно в специализированный центр, где проводится прежде всего ангиография. Изложены рекомендации по проведению первичной ЧТКА, антиагрегантной, антикоагулянтной (гепарин, фондапаринукс или эноксапарин) терапии и по назначению других необходимых препаратов в таких случаях (β-блокаторы, иАПФ, статины, средства, улучшающие метаболизм миокарда). Дан алгоритм диагностики инфаркта миокарда без подъема сегмента ST (биохимические анализы, тропонин и другие биомаркеры инфаркта миокарда по требованию, мониторинг ST сегмента, ЭХО-КТ, чувствительность к антиагрегантной терапии) и терапии (при тяжелом течении также показано экстренное оперативное лечение). Показана динамика летальности при инфаркте миокарда. Смертность составляет 30%, если больного «не трогать» до госпитализации в кардиореанимационное отделение, при назначении больному аспи-

рина дома до госпитализации (это уже начало тромболитической терапии) смертность снижается до 16% и при своевременной ангиопластике она составляет 6–7%. В заключение дана ближайшая перспектива ведения больных с инфарктом миокарда: организационные (создание «инфарктной сети», просвещение) и внедрение новых методов лечения (ограничение апоптоза в зоне инфаркта, борьба с по-реflow, стволовые клетки и др.).

Вопросы к докладчику:

Вопрос: «Больных с ИБС направлять на коронарографию всех подряд?»

Ответ: «Нет, такое исследование в основном показано больным для решения вопроса проведения хирургического лечения».

Вопрос П.А. Воробьева: «Что же такое ОКС, в докладе речь шла только об инфаркте миокарда?»

Ответ: «ОКС — это обобщающий диагноз, используемый для обозначения таких заболеваний, как инфаркт миокарда (с подъемом сегмента ST или без него, с наличием или отсутствием зубца Q), нестабильная стенокардия и острая коронарная смерть. При ангиоскопии коронарных артерий у большинства больных этой группы выявляются свежие тромбы в местах стеноза, и тактика их ведения существенно отличается (показана реперфузионная терапия) от лечения больных со стабильной стенокардией (нарушается микроциркуляция). Диагноз ОКС не ставится при выписке больного из стационара. Термин ОКС используется для обозначения тревожных ситуаций, в которых врач должен прежде всего принять решение о немедленной госпитализации больного в специализированное учреждение, а далее необходимо срочно разбираться и уточнять».

Замечание П.А. Воробьева: «Во-первых, вы сказали, что летальность при инфаркте миокарда составляет 5–7%, по нашим данным эта цифра достигает 25%, по-видимому, вы учитываете только данные стационара, но ведь больные умирают дома, до поступления в больницу. Во-вторых, что тромболитизис своевременно проводится крайне незначительному числу больных, составляя 5%». Да, действительно это мало, но в 2000 году данная цифра равнялась 0, и если есть сдвиг, то причастны к этому мы, поскольку тромболитизис введен в стандарты лечения».

Вопрос: «При развитии у больного ОКС куда звонить?»

Ответ: «Звонить на скорую помощь и сразу же просить наряд в специализированный центр (наши координаты — ГКБ № 23 им. «Медсантруд», телефон: 915-38-87)».

В заключение Е.Ю. Васильева сделала объявление, что в центре (ГКБ № 23 им. «Медсантруд») открываются бесплатные курсы по ведению больных с ОКС, обращаться по телефону: 8-916-30-30-495.

В дискуссии принял активное участие М.П. Савенков. Изложил классификацию ОКС: нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда без подъема ST и Q, инфаркт миокарда с подъемом ST, инфаркт миокарда с зубцом Q (крупноочаговый некроз), представил алгоритм его диагностики (ангинозная боль, инверсия T, смещение ST, появление Q на ЭКГ, гиперферментемия) и лечебной тактики. При нестабильной стенокардии и инфаркте миокарда без подъема сегмента ST и зубца Q показаны антиагреганты, гепаринотерапия, БАБ, нитраты в/в, ЧКВ, статины. При инфаркте миокарда с подъемом ST показан тромболитизис, ЧКВ, гепарины, антиагреганты, БАБ, БКК, а при инфаркте миокарда с Q терапия та

же + иАПФ. Диагноз ОКС должен ставиться быстро и уточняться своевременно, через 12–24 часа после развития «события» делать уже нечего, «опоздали».

2. Проф. Г.К. Киякбаев (Российский университет дружбы народов, кафедра факультетской терапии).

«иАПФ при остром инфаркте миокарда».

Место зофеноприла».

В докладе обсуждается роль иАПФ при остром ИМ. Показано, что раннее назначение иАПФ (в первые 6–8 часов после развития инфаркта миокарда) снижает смертность на 26%. Из группы иАПФ в таких случаях следует отдавать предпочтение зофеноприлу, снижающему риск развития сердечной недостаточности на 49%, а смертность на 34%. Зофеноприл также показан при лечении инфаркта миокарда без подъема сегмента ST. Изложены результаты исследования SM1ae2, свидетельствующие о безопасности лечения зофеноприлом больных инфарктом миокарда, подвергнутых тромболитизису, однако подчеркнуто, что препарат назначается после завершения тромболитической терапии. Эффективность зофеноприла определяется его антиишемическим действием, хотя не исключаются и другие механизмы (гемодинамический, фибринолитический, противоаритмический).

3. Проф. М.Г. Бубнова (ГНИ центр профилактической медицины).

Представлена характеристика механизма действия статинов (гиполипидемическое, антитромботическое, эндотелий и кардиопротективное, противовоспалительное) и подчеркнуто, что при ОКС наиболее значимы их плейотропные эффекты. Всем пациентам с ОКС терапия статинами должна начинаться сразу же после поступления в стационар (в первые 1–4 дня) и определения содержания липидов натощак, независимо от уровня ХС ЛНП. Статины при ОКС рекомендуют начинать с высоких доз (например, аторвастатин 80 мг), что достоверно уменьшает частоту развития ССО и риск общей смертности на 25% при НС и при стабильной стенокардии на 17–18%.

Подчеркнуто, что применение статинов не является методом лечения ОКС, это средство вторичной профилактики фатальных осложнений и смертности у больных с ОКС. Чтобы увеличить приверженность пациентов к терапии статинами, их следует назначать в период госпитализации. Прекращать прием статинов внезапно не следует, это сопряжено с риском развития повторного инфаркта миокарда и повышением риска смерти. Из группы статинов предпочтение лучше отдавать брэндам, но чтобы повысить их использование в рутинной практике, применять можно и дженерики (липтонорм и липримар), они значительно дешевле. В Москве инфаркт миокарда ежегодно переносит 24 000 больных, при лечении статинами в течение 1 года можно сохранить жизнь 696 больным, предупредив 144 смерти, 288 инфарктов миокарда и 264 АКШ.

Замечание. В заключение М.П. Савенков поблагодарил докладчиков за интересные и информативные сообщения. Еще раз подчеркнул, что при появлении ишемических болей в груди и подозрении на ОКС, даже при отсутствии характерных изменений на ЭКГ, больного незамедлительно следует госпитализировать в лечебное учреждение, располагающее необходимым реанимационным оборудованием, возможностью динамического наблюдения за ЭКГ, определением биомаркеров инфаркта миокарда.



Начало на стр. 1, 2 ↗

ценное — жизнь и самое интимное, что никогда не обсуждается не только с окружающими, но и с самим собой. Высочайшая степень доверия — основа оказания необходимой помощи.

Цена недоверия врачу — человеческая жизнь, цена недоверия общества врачам — массовые захоронения. Два примера: из-за стереотипа недоверия люди терпят боль в сердце и обращаются за помощью в среднем не раньше, чем через полсутки от начала инфаркта миокарда, когда радикальные методы лечения уже неэффективны. При своевременной высокотехнологичной помощи при инфаркте умирает всего 3–5%, из-за «кризиса доверия» — до 20–25%. Создание отрицательного образа врача привело к почти полной остановке на несколько лет трансплантации органов в стране. Цена недоверия — гибель тысяч людей, не получивших необходимой помощи.

Врач — последнее звено в системе здравоохранения, непосредственно контактирующий с больным человеком. Он оказывается виновным в глазах отдельных больных и общества в целом в несовершенстве всей системы, чудовищном ее недофинансировании, несправедливости, отсутствии внимания к нуждам отдельных людей. Особенно явственно это проявляется в сфере лекарственного обеспечения. Нерегулируемая реклама лекарств и БАДов, огромное число зарегистрированных неэффективных, устаревших лекарств, десятки и сотни дублирующих друг друга средств разных фирм, информационный хаос делают невозможным разобраться в ситуации ни больным, ни врачам. От-

сутствие этических норм и правил еще больше запутывает обстановку.

Корень зла — на наш взгляд — в отживающей, агонирующей системе здравоохранения. За последние 5–7 лет не принят ни один закон в области здравоохранения, остановлены все реформы и модернизации прошлых лет. Ни структурных, ни функциональных изменений в здравоохранении нет и не просматривается. Отдельные финансовые вливания и программы не решают ничего по существу, здравоохранение в целом продолжает находиться в том же отчаянном состоянии. Ускоряется деградация системы: не остаются работать в лечебной сфере выпускники вузов, не развиваются наука и образование, не внедряются современные высокоэффективные технологии, происходит профессиональное выгорание врачей, они массово уходят из профессии. Впервые появились пустые отделения в больницах и целые медицинские учреждения, так как там некому работать. Внутренняя миграция сменяется миграцией из ближнего зарубежья, и уже не за горами приток врачебных кадров из стран Азии и Африки. Крайний дефицит важнейших специальностей: на «скорой помощи», среди реаниматологов, неонатологов, рентгенологов, лаборантов и даже терапевтов. Нищенские зарплаты — стартовая для врача 4,5 тысячи рублей, «приличной» считается 12–15 тысяч — не создают потребности в труде, учитывая его специфику и тяжесть. Проблемы медицинских сестер и другого медицинского персонала в разы страшнее.

Возвращаясь к образу врача: мы приходим в эту специальность с желанием помогать людям, под лозунгами «Спешите делать добро» и «Светя другим, стораю

сам». По не зависящим от нас обстоятельствам у нас часто нет такой возможности — адекватно помочь. Общество должно, наконец, осмыслить: отрицательная мотивация вполне может привести к тому, что в стране скоро просто некому будет лечить. Сегодня это реальность отдаленных деревень и поселков, завтра — станет уделом крупных городов.

Гражданскому обществу, государственным институтам необходимо срочно предпринять радикальные шаги по изменению сложившейся ситуации. Лечение больных следует проводить за счет консолидированных средств государства по единым стандартам во всей стране. Там, где выполнение стандартов невозможно, необходимо укреплять материально-техническую и кадровую базу. Вместо существующей коррупционно-аппаратной системы здравоохранения должна появиться пациент-ориентированная система, хорошо оснащенная, снабженная современной техникой, транспортом, включая вертолетный пункт помощи на дорогах и в отдаленных районах. Жизненно необходимые лекарства должны быть доступны всем гражданам за счет государства, сооплата пациентами возможна лишь в ограниченных размерах.

В стране возникла стена неприязненного непонимания между медицинским сообществом и чиновниками. Что делать — известно, написано, обсуждено, кому делать — есть кадры, ученые, специалисты, как делать — есть опыт. Но за свои ошибки и грехи чиновники предлагают расплачиваться врачам, а на самом деле — больным.

Председатель Форумного комитета при Президиуме РАМН академик А.И. Воробьев

ИнтерНьюс

Вода, которую мы выбираем

Еще недавно никто не боялся пить сырую воду. Но навязчивое продвижение фильтров, вода в бутылках, боязнь навредить здоровью заставили нас отказаться от этого. Главный технолог МГУП «Мосводоканал» О. Благова ответила на вопрос — пить или не пить воду из-под крана? Многие считают, что прелесть бутилированной воды — в микроэлементах, необходимых человеческому организму. Нормативами предусмотрено 2 категории бутилированной воды: высшая, биологически полноценная, и первая, которая этой полноценностью может не обладать. Получается, что бутилированная вода первой категории ничем не лучше воды из-под крана: часто в ней даже нет кальция и магния. Единственное различие — вода из-под крана хлорируется, а бутилированная нет. Покупая фильтр, необходимо знать, от чего вы хотите воду очистить и до какого состояния. Магазины предлагают механическое фильтрование, систему водоочистки с применением угля или систему мембранного фильтрования вплоть до обратного осмоса. Хорошо, если вы выбрали систему механического фильтрования, которая просто уберет мутьность и железо. Если же вы выберете систему сорбции, то уголь в таком фильтре является хорошей средой для развития микроорганизмов и водорослей. Серебро и йод, которые добавляются в фильтры, тоже не в состоянии полностью подавить микробиологический рост. Некачественный уголь имеет способность отдавать в воду то, что у него есть, например, тяжелые металлы. Люди, у которых есть установки обратного осмоса, пьют воду, очищенную от солей лучше, чем дистиллированная, но это — мертвая вода, лишённая солей. И они искренне считают, что приносят пользу собственному организму. Наши национальные стандарты гораздо более жесткие, чем нормативы ВОЗ. Например, хлороформ: ВОЗ нормирует его на уровне 200 мкг/л, в нашей стране — 60 мкг/л. В Москве достаточно много стадий очистки, потому что источник водоснабжения поверхностный, речка и водохранилище. В воду добавляются реагенты, далее следует камера хлопьеобразования, осветленные воды происходят в отстойниках, а более тонкое — на фильтрах с песчаной загрузкой. Песок для них готовится особым образом, его везут с Волги. Перед подачей воды в городскую сеть ее окончательно обеззараживают при помощи хлора и аммиакосодержащих реагентов. Вода содержит много всевозможных микроорганизмов, среди которых могут быть возбудители инфекционных заболеваний. Обеззараживание можно делать разными способами: применяя сильные окислители, к которым относится хлор, озон, диоксид хлора, или же физическими методами, такими, как ультрафиолетовое облучение. При необходимости дополнительно воду обрабатывают порошкообразным активированным углем, а на новых блоках озонируют и пропускают через ультрафильтрационные мембраны. Остаточный хлор нормируется на выходе со станции подготовки питьевой воды таким образом, чтобы обеспечивалась дезинфекция воды. По мере движения воды от станции водоподготовки по водопроводной сети содержание хлора в воде уменьшается. Чем ниже температура воды, тем дольше он в ней сохраняется: запах хлора летом ощущается меньше, нежели зимой. Хлор помогает поддерживать нормальное санитарное состояние 11 тыс. км водопроводной сети города. Ни двуокись хлора, ни озон не могут этого сделать. Ультрафиолет тоже не обладает таким длительным действием. Все крупные города мира с длинной и разветвленной водопроводной сетью — например, Париж, Лондон, Нью-Йорк, Мадрид, Токио, Йоханнесбург — вынуждены хлорировать воду. Это своего рода плата за жизнь в большом городе. Если запах хлора не нравится, то воду можно отстаивать, и он исчезнет. Вкусовые качества воды определяются, например, соевым составом. Эти показатели меняются в течение года, что отражается на вкусовых качествах. Весной, например, из-за талых вод солей становится меньше, и вкус меняется. Проверяется качество воды лабораториями Мосводоканала, и лабораториями Роспотребнадзора в кранах потребителей; пробы воды для выполнения анализа отбираются в магазинах, детских садах, школах, больницах.

Источник: Lenta.ru

Потому что без воды...

С 2011 года в Москве улучшится качество воды — ее будут очищать гипохлоритом натрия. Об этом сообщил на заседании столичного правительства генеральный директор ГУП «Мосводоканал» Станислав Храменков. «Это вещество удобно при транспортировке и по своим качествам не уступает химическим веществам, используемым в настоящее время для очистки воды», — сказал он. По словам Храменкова, в сутки Москва потребляет около 4 млн. куб м, на одного человека в среднем приходится 249 л воды в день. Гендиректор «Мосводоканала» отметил, что по-прежнему оставляет желать лучшего качество используемых бытовых фильтров и бутилированной воды. Зачастую фильтры сами загрязняют воду, а жители города не могут правильно подобрать необходимый фильтр при большом ассортименте.

Источник: GZT.ru

Уважаемые товарищи, дамы и господа, от имени Ассоциации КМНСС и ДВ РФ я приветствую всех собравшихся в этом зале и всех тех, кто занимается вопросами развития северного здравоохранения!

Я благодарю организаторов за внимание к теме здоровья КМНС и за приглашение принять участие в этом важном мероприятии в городе Хабаровске!

Хабаровск долгие годы и даже десятилетия вносит большой вклад в успешное развитие северной медицины. Хорошо знаю об этом, так как сама училась в Хабаровском ПОНСе, затем окончила ХГМИ. Потом, работая врачом на родной Чукотке, а сейчас одним из руководителей Ассоциации КМНС, я всегда поддерживала и поддерживаю связь с родным институтом и медиками Хабаровска, тем более, что руководителем хабаровского подразделения Ассоциации КМНС является моя коллега — врач Любовь Владимировна Пассар, также выпускница ХГМИ.

Думаю, многие согласятся, что назрело время, когда разрозненные теоретические исследования и взгляды необходимо связать в единую концепцию и нацелить ее на достижение практических целей. Я очень надеюсь, что данная конференция сыграет определенную роль в решении этих задач.

Охрана здоровья населения Севера России особенно коренных народов, ведущих традиционную жизнедеятельность, всегда являлась сложной задачей. Но, несмотря на сложности, уже в первые годы советской власти, государство, сделало радикальные шаги для решения правовых, экономических и социальных проблем северных туземных народностей, как тогда называли наших предков.

Конечно, было много ошибок и осознанных деформирующих воздействий, но главное, что советская власть на деле признала аборигенные сообщества как равноправные в единой семье народов. Их права и потребности были признаны и учтены. Система здравоохранения России на том этапе достигла весомых успехов. Медицинская служба, начав с нуля, превратилась в развитую сеть, адекватную и доступную даже для удаленных и кочевых групп аборигенного населения.

Системные действия привели к радикальному улучшению здоровья коренных народов и их медико-демографические показатели стали приближаться к средним российским уровням.

Однако, эти тенденции были нарушены революционными реформами 1990-х годов. Рыночное реформирование разрушило жизнедеятельность коренных народов, подорвало экономической фундамента их социальной защищенности и культурной преемственности.

При этом внимание государства к коренным северянам не уменьшилось. Нас даже перевели из группы «народностей» в группу «народов». Регулярно проводятся международные Годы и Десятилетия коренных народов, разрабатываются законодательные акты, концепции развития, создаются ФЦП и РЦП, проводятся десятки конгрессов, симпозиумов, конференций и т. д. Вот и недавно принята новая Концепция развития КМН и утвержден план мероприятий по ее реализации.

Но, как говорится: «лучшее — враг хорошего»¹. В стремлении стать более совершенным и демократическим государством мы, говоря о здравоохранении народов Севера, только утрачиваем достижения советского периода. На мой взгляд, и новая Концепция в силу разных причин не сможет достичь намеченных целей.

Это определяется многими факторами. Кратко перечислю их.

Недостаточное осознание степени индивидуального и группового нездоровья народов Севера. Это вызвано, во-первых, недостаточно четким определением понятия «здоровье». Его рассматривали и как отсутствие болезней, и как состояние благополучия, и как наличие способностей к активной реализации различных социальных и других человеческих функций. Но с какой бы из этих мерок мы не подошли к аборигенам Севера, нам пришлось бы признать их тяжелобольными.

Но точную картину нездоровья трудно представить, так как мы не располагаем достоверными статистическими сведениями о медико-демографических данных по этой группе населения. Но даже имеющаяся информация позволяет констатировать, что для аборигенов Севера характерна высокая смертность и низкая ожидаемая продолжительность жизни.

Средний показатель младенческой смертности по коренному населению Севера в 2 и более раза, превышает средне-российские показатели. Уровень самоубийств коренных малочисленных народов Севера составил в 1998–2002 гг. более 100 на 100 тыс. (в России — 38), убийств — 70 (в России — 27). Показатель смертности от инфекционных болезней, в основном от туберкулеза, среди аборигенных наро-

¹ С французского: Le mieux est l'ennemi du bien. Впервые в мировой литературе эта мысль встречается в комментарии итальянского автора М. Джованни (1574) к «Декамерону» Бокаччо. Позже подобную мысль выскажет и У. Шекспир в трагедии «Король Лир»: «Стремись к лучшему, мы часто портишь хорошее». Но крылатым выражение стало после выхода в свет романа «Недотрога» Вольтера, а позже его «Философского словаря». Поэтому именно Вольтера было принято считать автором этого афоризма, который толкуется как ироническая оценка действий людей, которые готовы отказаться от хорошего во имя лучшего, когда однажды сделанная работа передельвается, тратится время на ее совершенствование и пр. Выражение используется также как ироническое предупреждение: несмотря на все усилия, «лучшего» можно и не достичь.

дов — 60 на 100 тыс. (в РФ — 23). По мнению ученых — это выходящие из ряда вон индикаторы для начала XXI века².

Также неблагоприятны и другие показатели, которые невозможно приводить в этом выступлении. По сути дела многие аборигены и их сообщества находятся в состоянии глубокой дезадаптации и прострации, что и является главной внутренней причиной кризиса. На преодоление этого

состояния нужно направить основные усилия. Если нам удастся преодолеть это состояние, то и другие проблемы начнут решаться. Если не удастся, то никакие дополнительные свободы и права коренным народам не помогут. К сожалению, разработчики всевозможных программ развития

коренных народов не осознают, что телегу впереди лошади не ставят.

Ошибочность разграничения полномочий между федеральными органами государственной власти, органами государственной власти субъектов Российской Федерации и органами местного самоуправления. В результате этого перераспределения федеральные органы государственной власти фактически сложили с себя ответственность по многим вопросам развития Севера, в том числе в отношении народов Севера и охраны их здоровья, переложив весь груз ответственности на субъекты Федерации.

Распад единой системы на отдельные «острова» привел к нарушению вертикальной и горизонтальной интеграции, а также неравномерному финансированию. Положительное впечатление создают некоторые «богатые» регионы, стремящиеся преодолеть проблемы на отдельно взятой территории. Однако региональные меры не носят системный характер, не всегда адекватны, поэтому и не решают проблем радикально даже на региональном уровне, тем более в масштабе всего Севера.

Хорошо, когда в богатом регионе достигают высокого уровня обслуживания и здоровья, но рядом есть бедный регион, от которого не отгородиться. Такая система напоминает дырявую сеть, где на сто дырок приходится один целый участок.

Необходимо также помнить, что ареалы расселения аборигенных народов Севера часто расположены в разных субъектах. Таким образом границы муниципальных образований и субъектов Федерации ставят их в неравное положение в получении медико-социальной помощи, что усложняет их единое этнокультурное и хозяйственно-экономическое развитие.

Сменяемость руководителей разного уровня в субъектах Федерации. Как правило, это приезжие люди, мало знакомые с региональными и этнокультурными особенностями. Существуют исключения, когда руководители субъекта находят правильные решения, но руководство может смениться, и новые руководители сменят курс социальных программ. Эта особенность характерна для многих северных регионов, независимо от их богатства или бедности. Постоянная сменяемость характерна и для медицинского персонала. Это ведет к большим локальным и временным перепадам в обеспечении стабильных мер в сфере охраны здоровья аборигенов Севера. Вместе с тем федеральные органы не имеют возможности, а часто и желания влиять на развитие ситуации в субъектах Федерации.

Сворачивание сети сельских, тундровых и прочих мелких и «нестандартных» медицинских подразделений. Низкое финансирование и непонимание вопросов этнического развития ведут к тому, что региональные и муниципальные органы стараются сохранить районные и региональные медицинские учреждения ценой сокращения сельских, тундровых и других мелких и «нестандартных» форм медицинского обслуживания. Врачебные должности в сельских звеньях постепенно заменяются на фельдшерские. Таким образом для сельского и аборигенного населения квалифицированная профилактическая и специализированная медицинская помощь становятся практически недоступными. Это особенно пагубно в отношении женского и детского населения. Выявление заболеваний на ранних стадиях оказывается невозможным, что ведет к росту числа хронических запущенных заболеваний, росту туберкулеза и других инфекционных заболеваний, которые представляют угрозу не только аборигенному населению. Экстренная помощь становится едва ли не единственно возможной, но также мало доступной в условиях Севера. Отсутствие дорог, сложные метеословия и дороговизна авиатранспорта ограничивают оказание экстренной помощи.

Необоснованная приверженность руководства здравоохранения западным моделям и инновациям. Нарастающую проблему недоступности планируют преодолеть с помощью телемедицины и других инноваций. Однако, расчеты на телемедицину, о которой много говорят, оправданы только в отношении городского населения Севера, а оказание этого вида помощи сельскому и ведущему традиционную жизнедеятельность является пока невозможным.

Отсутствие политико-правовых и организационных мер, гарантирующих учет антропологических, культурных и духовных особенностей разных народов и этнических групп.

² Бояговяленский Д.Д. Народы Севера России: демографический профиль на рубеже веков. В сборнике «Влияние глобальных климатических изменений на здоровье населения российской Арктики». Под руководством Ревич Б.А., ООН, 2008 — С. 14–16.

Начало на стр. 4 ↗

Отсутствие самоуправления и партнерства. Население общин лишено возможности самостоятельно решать элементарные вопросы медицинского обслуживания и не участвует в обсуждении вопросов охраны здоровья и контроля над деятельностью медицинских учреждений на всех этапах и на всех уровнях. В лучшем случае партнерские отношения имитируются с помощью «представителей» коренных народов, назначаемых органами управления.

Отсутствие полноценной информации по всем аспектам положения коренных малочисленных народов в целом по стране и в своих субъектах. Полная неосведомленность о положении аборигенных народов Севера в зарубежных странах.

Отсутствие ответственности руководителей всех уровней за бездействие или действия, ведущие к ухудшению положения коренных малочисленных народов Севера, а также за низкий уровень медицинского обслуживания, ведущий к ухудшению состояния здоровья.

Низкое обеспечение ресурсами. При поверхностной оценке распределения ресурсов может создаться впечатление о больших расходах на здоровье аборигенов Севера. В действительности, относительно большие размеры расходов определяются затратами на транспорт, содержание региональных администраций и учреждений здравоохранения в региональных и районных центрах, недоступных для большинства представителей аборигенов Севера.

Мне представляется, что в этих условиях необходимо на основе полной и достоверной информации

определить группы населения Севера по степени состояния их здоровья, уязвимости, удаленности и т. п. После этого определить и реализовать дифференцированные меры для каждой из этой групп, стремясь к тому, чтобы эти меры обеспечили условия для достижения максимально возможного уровня здоровья. В первую очередь это необходимо сделать в регионах проживания коренных малочисленных народов Севера. Огромную роль могут и должны сыграть мобильные постоянно действующие комплексные врачебные отряды, которые необходимо рассматривать как звено ПМСП.

Руководители разных уровней и в первую очередь законодатели идут по другому пути, стараясь совместить нес совместимое.

С одной стороны, они заявляют о намерении обеспечить решение проблем коренных народов, удовлетворить их права, как во всем «цивилизованном мире», а с другой стороны они задаются вопросами: «почему государство должно предоставлять преимущества коренным или титульным народам?»; «как можно провести черту между коренным и некоренным народами?»; «не перерастут ли решения о льготах в постоянные привилегии?» и так далее. Более правильным по мнению некоторых политиков и ученых является обращение не к этническому, а к социальным критериям.

Можно согласиться с любым из этих доводов, лишь бы он нашел последовательное воплощение. К сожалению, ни один из этих тезисов не становится главным и воплощаемым. В итоге появляются противоречивые законодательные акты и решения исполнительных органов, которые производят двойное впечатление: на-

звание и преамбула документа гарантируют защиту особых прав коренных народов, но содержание документа ограничивает такую возможность, например, толкованием самого термина «коренные народы». Оказывается, согласно этому толкованию, к аборигенам относятся только те, кто продолжает жить на землях исконного обитания и вести традиционную жизнедеятельность. Таким образом, если строго следовать этому положению, я не являюсь аборигенкой, как и многие другие мои коллеги и земляки.

В то же время, у нас действует утвержденный правительством и постоянно пополняемый список-перечень коренных малочисленных народов, в который включены народы, давно утратившие традиционные земли, занятия и культуру. Наверное, этот список представляет большой этнографический интерес, но строить на его основе практические программы, в том числе в сфере здравоохранения представляется крайне сложным. Как это ни странно, именно на основе этого списка разрабатываются различные законы и программы, что приводит на местах к различным противоречиям и конфликтам. Причем виновными в возникающих недоразумениях оказываются коренные народы и их лидеры, которые якобы требуют каких-то привилегий.

Таким образом, для обеспечения доступного здравоохранения необходимо направить усилия на преодоление названных недостатков в политико-правовой сфере и в сфере реорганизации принципов и методов практического здравоохранения. Мне представляется, что многое можно было бы исправить в рамках национальных программ, развернувшихся в нашей стране.

**Оргкомитет премии имени профессора Дмитрия Дмитриевича Плетнева Московского городского научного общества терапевтов.
объявляет за 2009 год конкурс**

на соискание премии имени Д.Д. Плетнева за выдающийся вклад в развитие отечественной терапевтической школы, признанные достижения в профессиональной деятельности. В конкурсе могут принимать участие российские и зарубежные врачи.

Соискатель премии может выдвигаться как самостоятельно, так и третьими лицами (организациями, физическими лицами). Выдвижение кандидатов на соискание премии производится в соответствии с положением, опубликованным в Вестнике МГНОТ № 64 (2007 год) и на сайте www.zdrav.net.

Документы, необходимые кандидату для участия в конкурсе:

1. Заполненная и подписанная анкета от заявителя с указанием сведений о номинанте:

- полностью фамилия, имя и отчество;
- число, месяц и год рождения;
- место работы с указанием адреса учреждения, телефона, электронной почты;
- занимаемая должность;
- стаж работы;
- ученая степень;
- ученые звания и даты их присуждения;
- домашний адрес и телефон;
- паспортные данные;
- ИНН;
- номер пенсионного свидетельства.

2. Обоснование участия в конкурсе в произвольной форме.

3. Представление иных документов возможно, но не требуется.

Дата окончания подачи документов на участие в конкурсе — 1 марта 2010 года.

Документы по выдвижению номинантов передаются в письменной форме по адресу оргкомитета премии: 115446 Москва, Коломенский пр-д, д.4, ГКБ № 7, терапевтический корпус, кафедра гематологии и гериатрии. Желательно продублировать анкету по факсу: **8(499)-782-31-09** или по электронной почте mtpndm@dol.ru. Дата отправки корреспонденции не позднее 1 марта 2010 года.

Общий список кандидатов, представленных на соискание премии, будет опубликован в газете «Вестник МГНОТ».

Жюри премии предстоит рассмотреть список соискателей и принятие решения о присуждении премии одному из номинантов. Основным критерием оценки является общепризнанный вклад в развитие отечественной терапевтической школы.

Вопросы можно направлять на адрес mtpndm@dol.ru; контактное лицо — Анохина Юлия Валерьевна.

Тема регистрации предельных цен на лекарства производителем обсуждается на самом высоком уровне, уже даже не обсуждается, а решения приняты. Эта мера представляется неадекватной создавшемуся положению. Не с того конца начинаем. Галопирующие и нерегулируемые цены по весне — это яркое следствие отсутствия действенной системы обеспечения лекарствами в нашей стране.

Власть должна понять: торговля жизненно важными лекарствами — аморальна по своей сущности. Лекарства спасают жизнь, следовательно, торговля лекарствами — это торговля человеческой жизнью. И еще — нет простого пути решения проблемы, задачу нужно решать комплексно и радикально, не получится вытянуть одну ногу — вторую за это время засосет в болото окончательно.

Теперь — по сути системы. Государство через свои институты должно компенсировать затраты на жизненно необходимые лекарства для всех граждан страны как при оказании им стационарной помощи (сегодня — так и есть), так и при оказании помощи амбулаторно (сегодня не более 10% населения могут так получать лекарства). Конечно, не на все лекарства, а только на те, от которых реально зависит жизнь и здоровье. Этих лекарств не так много: не более 500 наименований. И это — не лекарства от гриппа, простуды или головной боли.

Многие из жизненно важных лекарств (для лечения гипертонии, диабета, ревматических болезней, психических и онкологических заболеваний) имеют по многу — до нескольких сотен — копий-дженериков. Как на все копии регистрировать цены? Не может государство заключать договора с сотней производителей одного препарата. На один препарат должна быть одна цена, вне зависимости от того, кто его производит. Такая единая цена на однородные лекарства является референтной: по этой цене государство компенсирует производителю затраты на производство лекарства в большинстве стран мира. Такая цена может быть мини-

мальной от всех предлагаемых, или средней среди всех предложений, или выбранной среди минимальных цен предложения в других — например европейских — странах. Устанавливается референтная цена один раз специальной комиссией по ценам, но может меняться в случае существенных изменений экономической ситуации. Изменить 500 позиций не то же, что изменить десятки тысяч позиций.

В адекватной системе аптеки не продают жизненно необходимые лекарства, а оказывают услуги по обеспе-

Половинчатые меры не спасут страну от лекарственного кризиса

чением этими лекарствами. Продавать они могут только лекарства безрецептурного отпуска. За свои услуги аптеки получают оплату либо из кармана пациента (в виде фиксированной сооплаты в небольшом объеме, например 10–30 рублей за каждый рецепт), либо из государственных источников. Дистрибьюторы получают за свои услуги по похожей схеме. Возмещение затрат начинается от аптечного прилавка, откуда деньги по цепочке достигают производителя лекарства. Так как стоимость услуг не зависит от цены на препараты, аптекам невыгодно, как сейчас, заменять дешевые препараты на дорогостоящие аналоги.

Какими преимуществами системы? Она проста, поэтому несложно ее регулировать и контролировать. Сравните, сегодня предлагается регистрировать цену производителям на несколько тысяч наименований, при этом на одно лекарство разных производителей окажется сто разных цен! Далее, на эти цены появляются «торговые» накрутки. Увеличивается число вариантов цены до сотен тысяч. Кто и как это может контролировать? Армия контролеров? А им платить не надо? И еще — воровать станут существенно меньше, так как ворованное некуда будет продать-перепродать: лекарства станут для всех доступны.

Врачи в поликлинике освободятся от бесконечной работы с «льготными рецептами», с делением на федеральных и региональных льготников, от написания отчетной документации — все рецепты станут «льготными». Уменьшится количество бумажной работы, освободятся время и силы для работы с больными.

Некоторые боятся, что государственные затраты при таком сценарии вырастут существенно. Да, на лекарства вырастут, но в течение первого года — не очень. А вот на госпитализацию, «скорую помощь» сократятся сразу и значительно. Простой пример: если гипертония лечится адекватно амбулаторно, то резко снижается госпитализация с гиперкризами, для «курсового» лечения, быстро уменьшается частота инфарктов и инсультов. Сейчас большинство гипертоников лечится плохо, так как «за свои» люди либо не приобретают лекарств вовсе, либо покупают самые дешевые и не самые эффективные средства. Похожие проблемы при сердечной недостаточности, сахарном диабете, бронхиальной астме, стенокардии и других наиболее частых заболеваниях. По существующему положению пока больной не стал инвалидом, ему не компенсируется государством лекарственное лечение.

Если бы Минздравсоцразвития два года назад не остановил разработку стандартов медицинской помощи и протоколов ведения больных, сейчас можно было бы без труда регулировать назначение и выписку лекарств этими документами. Поезд пока не ушел, но он несется мимо: кому-то из чиновников показалось, что это очень просто — взять и сделать стандарты. Как просто выбрать среди моря лекарств жизненно необходимые. Но для этого нужны отработанные прозрачные процедуры научной оценки и выбора лекарств с участием как профессионалов, так и пациентских организаций. Нужны эксперты со знаниями по медицине доказательств и клинико-экономическому анализу. Эксперты такие есть, процедуры используются в России уже более 10 лет, но чиновниками флагмана нашей отрасли они не востребованы.

П. Воробьев, заместитель председателя
Формулярного комитета РАМН

В глубоком гипнотическом сне человек полностью подчиняется воле гипнотизера... Стоп! В этой короткой фразе есть целых две принципиальных ошибки.

Долгое время гипноз считали особой формой сна. Общепринятым было предположение великим русским физиологом И.П. Павловым объяснение механизма гипноза: монотонные раздражители — зрительные, звуковые, тактильные (тепло от *пассов* — движений рук гипнотизера) — создают в коре головного мозга очаг торможения, которое в соответствии с давно известными и до сих пор общепринятыми законами нейрофизиологии иррадирует (распространяется) в другие отделы, и мозг «засыпает». Не спит только «сторожевой пункт», который обеспечивает *раппорт* — связь с гипнотизером. С появлением электроэнцефалографов выяснилось, что никакого торможения в гипнозе не происходит, а биоэлектрическая активность мозга *сомнамбулы* практически не отличается от кривой во время бодрствования. Исследования последних лет с применением функциональной магнитно-резонансной томографии ясности в вопрос о физиологических механизмах гипноза не добавили: работа отдельных структур мозга при этом отличается и от сна, и от бодрствования, но что означают эти отличия, пока непонятно.

Определение гипноза обтекаемо: «временное состояние сознания, характеризующееся сужением его объема и резкой фокусировкой на содержании внушения, что связано с изменением функции индивидуального контроля и самосознания. Состояние гипноза наступает в результате специальных воздействий гипнотизера или целенаправленного самовнушения» (Б.Д. Карвасарский. Психотерапевтическая энциклопедия). Но, хотя в теории гипноз — это не сон, на практике на сеансах классического гипноза врачи пользуются теми же приемами, что и их коллеги и 100, и 1000 лет назад: фокусировкой взгляда на блестящем предмете, убаюкивающими однообразными раздражителями и монотонной речью с акцентом на ключевых моментах: «вы спите все глубже» и «вы слышите мой голос, мои внушения».

В состоянии глубокого гипнотического сна происходят все те чудеса, из которых и сложилось впечатление о том, что под гипнозом люди теряют свободу воли. До последней, сомнамбулической стадии гипноза, даже под руководством опытного гипнотизера, способен прийти примерно один человек из 5–7. Но уж они-то могут прыгать по сцене, как лягушка, шарахаться от шарфа, искренне веря, что это змея, подолгу лежать в так называемом каталептическом мосту, опираясь на спинки стульев только затылком и пятками, с удовольствием грызть ядреную луковицу, не плача и ощущая вкус внушенного яблока... Эстрадные фокусники и ранние исследователи феномена гипнотического внушения перепробовали все, что приходило им в голову — и действительно, под гипнозом человек может выполнить любой приказ гипнотизера. Почти любой.

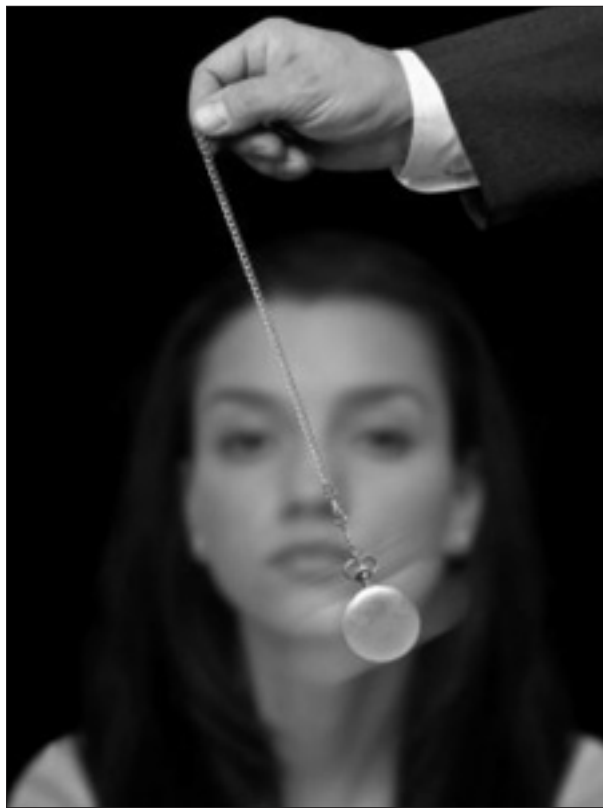
Ни под каким гипнозом человека нельзя заставить сделать то, что расходится с его чувством самосохранения или моральными принципами. Например, можно внушить сомнамбуле, что он не видит кого-нибудь из присутствующих. Если этот невидимка возьмет в руки стоящую на столе вазу, гипнотик чистосердечно удивится тому, что она взлетела сама собой и висит в воздухе. Он «поверит» и тому, что комната совершенно пуста, но после приказа пройти по прямой аккуратно обойдет столы и стулья. Он может искренне согласиться, что перед ним не окно, а дверь, «видеть» входящих через нее людей (или, если хотите, невиданных зверей), но выйти в эту «дверь» категорически откажется. А если сомнамбула соглашается причинить вред ближнему своему (например, облить «кислотой» ассистента гипнолога), никогда нет уверенности в том, что краешком сознания он не понимает, что это понарошку. Правда, в одной из старых книг описан случай, когда испытуемый, ударив кинжалом лежащего на кушетке «врага», после выхода из транса ничего из происшедшего с ним, как и положено, не помнил, но впал в депрессию, потерял аппетит и сон... Чихнуть и сохнуть он перестал только после того, как ему в состоянии гипноза же показали проткнутое кинжалом чучело и внушили, что он никого не убил.

Программы по созданию «зомби», скорее всего, действительно велись и в НКВД-МГБ-КГБ, и в ЦРУ, и в аналогичных заведениях других стран. Но слухи о тайных самоубийствах всех причастных к информации о «золоте партии», о том, что убийцы Джона Кеннеди и Мартина Лютера Кинга действовали под влиянием внушения, выглядят вымыслами. И тем более не подтвердились сотни известных в истории криминалистики попыток преступников оправдаться тем, что они действовали не по своей воле, а под гипнозом. Только в считанных случаях вдохновителями преступлений (и то имущественных) действительно были гипнотизеры, но исполнителей явно можно было подбить на то же самое и наяву. Постгипнотическое внушение вполне возможно, но чем менее причудливым будет задание, тем больше вероятность того, что оно будет выполнено. Через час после окончания сеанса взять с полки определенную книгу, открыть на заданной странице и прочитать вслух отрывок — пожалуйста! Почему его потянуло сделать это, испытуемый объяснить не сможет или выдумает что-нибудь правдоподобное. А на напоминание «а не хочется ли вам, батенька, залезть под стол и прокукарекать три раза» даже идеально гипнабельный испытуемый скорее всего признается, что

эта дурацкая мысль только что пришла ему в голову, но он ее тут же отбросил.

Гипноз бесполезен и для сыщиков. Попытки получить под гипнозом показания от подозреваемых в преступлениях приводили к тому, что подследственный выдумывал то, что, как ему казалось, хочет от него гипнотизер, или продолжал настаивать на своей невинности, а при настойчивых требованиях признания начинал биться в истерическом припадке. В большинстве стран, в т. ч. в России, такие методы ведения следствия запрещены. Время от времени юристы пытаются с помощью гипноза помочь свидетелям вспомнить забытые детали, но при этом никогда не известно, вспомнил он

Вы под гипнозом!



их или вообразил. В любом случае так можно получить только оперативную информацию, юридической силы показания, полученные в измененном состоянии сознания, не имеют.

А вот для запудривания мозгов с целью изъятия материальных ценностей методики гипнотического воздействия использовать можно (хотя далеко не с такой эффективностью, как это расписывают авторы страшилок).

Словесное внушение действует не только на мысли и чувства, но и на такие физиологические функции, которые абсолютно не поддаются сознательному управлению. Самый яркий пример этого — описанный во множестве книг по гипнозу эксперимент над приговоренным к смерти преступником, которому объявили, что его казнят путем выпуска крови из вен, завязали глаза, царанули по запястьям чем-то острым и пустили по руке струйку теплой воды. Через некоторое время подопытный умер со всеми внешними симптомами кровопотери. Первоисточник этой истории в пересказе затерялся — может быть, это и байка, но вполне правдоподобная.

В страстную неделю у особо внушаемых и фанатично верующих христиан даже в наш просвещенный век на руках, ногах и на лбу иногда появляются стигматы — изменения кожных покровов, от покраснения до кровотока язв. Неотличимые от настоящих ожогов волдыри появлялись и у добровольцев, которым в глубоком гипнозе внушали, что к их коже прикладывают «раскаленное железо» или «горящий уголь» (на самом деле — карандаш или просто палец).

В менее опасных опытах гипнолога изучали влияние внушения на множество физиологических функций. У человека, «выпившего» литр внушенной воды, усиливается выделение мочи, причем светлой и с низкой плотностью. А от воображаемого сладкого сиропа концентрация сахара в крови увеличивается, причем пропорционально количеству выпитого. Внушение влияет даже на безусловные рефлексы — например, зрачковый: если сомнамбуле в полутемной комнате внушить, что он видит яркий свет, его зрачки сузятся (и наоборот, расширятся на свету при внушении темноты). Количество лейкоцитов в крови меняется в соответствии с внушенным чувством сытости или голода — и так далее: в тысячах статей и книг описаны десятки исследованных физиологических и биохимических эффектов внушения и самовнушения. Один из хорошо известных эффектов внушения — остановка кровотечения за счет спазма гладких (не подконтрольных сознанию!) мышц кровеносных сосудов и быстрого роста числа тромбоцитов в крови. Гипнотическая анестезия — и вовсе банальность: сложные, в том числе полостные операции под гипнозом делали еще полтора века назад, на самой заре научной гипнологии. Правда, «химия» оказалась надежнее и проще, но и сейчас вместо анальгетиков или закиси азота многие американские дантисты сверлят и рвут зубы под гипнозом.

Выражение «заговорить зубы» когда-то употреблялось в прямом смысле. И слово «врач» восходит к старославянскому «вратъ» — «говорить»: заговоры, заклинания, молитвы спокон веку у всех народов были обязательными, а то и единственным методом лечения. Внушение и самовнушение помогают вылечить не только невроты и более серьезные болезни из раздела «нервные и психические», но и такие, которые, казалось бы, не имеют никакого отношения к душевному состоянию. Никаких чудес: чуть ли не половина всех телесных хворей являются психосоматическими, а многие органические болезни приводят к депрессии. Внушением можно разорвать порочный круг поддерживающих и усиливающих друг друга болезненных состояний тела и души.

Внушением (а совсем не биоэнергиями, энергией ци и прочисткой чакр мантрами) объясняются и результаты исцелений с помощью экстрасенсов, потомственных магов, заряженных газет, амулетов из 77 природных компонентов, абсолютно бесполезных, а то и явно вредных препаратов и т. п. Довольно часто, особенно при чисто психосоматических болезнях, все это действительно помогает. Но лечиться у шарлатанов — примерно то же, что скачивать с подозрительных сайтов взломанные программы (да еще и по большей цене, чем лицензионные). В частности, у непрофессионала намного легче получить какое-нибудь осложнение вроде гипнозависимости (а многие целители намеренно вызывают ее у пациентов). А главное — психотерапевт с медицинским дипломом вряд ли пропустит болезнь, с которой надо идти (а то и бежать) к хирургам, онкологам, кардиологам и т. д. При «лечении» у самоучек или приеме шарлатанских снадобий такое случается сплошь и рядом: субъективно больной ощущает улучшение, а болезнь прогрессирует вплоть до летального исхода.

Самый древний папирус с описанием способа беседы с богами через мальчика, усыпленного с помощью монотонных заклинаний и фиксации взгляда на стилистике, датируется III веком нашей эры. Сколько тысяч лет назад шаманы научились камлать в состоянии самогипноза и наводить порчу на соплеменников, неизвестно, но в описаниях нравов современных примитивных племен есть масса историй о том, как храбрый воин умер, нечаянно нарушив табу или узнав, что колдун сделал ему смертоносное мумбо-юмбо. Собственно гипноз при этом и не нужен: достаточно веры и самовнушения.

В Европе научная гипнология началась во второй половине XVIII века, когда австриец Франц Антон Месмер, доктор медицины, философии и права, в свободное от светской жизни время практикуя как врач, обнаружил, что может лечить пациентов не только наложением на больное место магнита, но и простым прикосновением. После «кризиса» — конвульсий, рыданий и потери сознания, переходящей в сон, наступало исцеление от самых разных болезней. Лечили и «заряженные» Месмером баки специальной конструкции, и целое дерево посреди Парижа, и бутылки с «заряженной» водой (вам это ничего не напоминает)?

Теория «животного магнетизма» для того времени была не менее научной, чем теории мирового эфира и флогистона, но в 1774 г. комиссия Французской академии и Королевского медицинского общества во главе с Бенджаминем Франклином объявила Месмера шарлатаном, постановив, что «воображение без магнетизма производит конвульсии, а магнетизм без воображения совсем ничего не производит».

Несмотря на это, многочисленные последователи Месмера продолжали пользоваться его методом и в конце концов выяснили, что никакого магнетизма действительно не существует, конвульсии и прочие болезненные явления — совершенно лишнее, а больных можно лечить в состоянии сомнамбулизма, вызванного с помощью монотонных раздражителей и словесных внушений. Клеймо шарлатана с Месмера давно снято, а во многих европейских языках более поздний термин «гипноз» и исконный «месмеризм» употребляются как равноправные синонимы.

К концу XIX века гипноз стал общепризнанным методом психотерапии, и около 100 лет в этой области не происходило ничего экстраординарного. Революция в гипнологии чуть было не произошла в 1980-х: во всем мире зашумели о нейролингвистическом программировании. На самом деле это — не более чем еще одна психологическая теория, не хуже, но и ничем не лучше пары десятков других. Выросла она из попыток разложить по полочкам методику американского психотерапевта М. Эриксона — действительно гениального врача, умевшего за один сеанс добиться того же, на что при классическом психоанализе потребовалось бы несколько лет еженедельного лежания на кушетке. Углубляться в теорию не будем — разберем только главное отличие собственно практики эриксоновского гипноза от классического. То, что добиться лечебного эффекта внушения можно и не в сомнамбулическом состоянии, а на самых ранних стадиях введения пациента в гипнотический транс, известно давным-давно. Эриксон использовал поверхностный транс как единственный метод гипноза, а также обобщил известные и разработал ряд новых технических приемов, позволяющих быстро и эффективно «заговорить зубы» пациенту и ненавязчиво внедрить ему в голову нужные мысли и действия. Еще один секрет эриксоновского гипноза — личность самого Эриксона. Таблетки, прописанные Светилом Медицины, действуют намного лучше, чем такие же,

Начало на стр. 6

но назначенные участковым терапевтом. А в такой зыбкой и неточной области, как психотерапия, этот «эффект раскрученного бренда» намного заметнее, так что лучи славы Отца-Основателя и через четверть века после смерти продолжают согревать его последователей. Но, как и в любом другом искусстве, чтобы добиться хоть чего-то похожего на то, что умел Эриксон, кроме таланта необходимы еще и годы учебы и работы.

Психотерапевты применяют теоретические положения НЛП и эриксоновский гипноз с тем же, не большим и не меньшим, успехом, чем другие теории и классические методы гипнотизирования: эффект здесь зависит не от конкретной школы, а от искусства врача. Наверняка в различных секретных центрах в учебных планах входит и обучение методам НЛП, но вряд ли самый тренированный агент сможет охмурить любого встречного лучше, чем любая цыганка. Не любая, конечно, а с личным талантом и многолетней практикой. И не любого встречного, а выбранного по неуловимым для непосвященного признакам человека с повышенной внушаемостью. И даже при этом «уличный» гипноз и у цыганок, и у мошенников любого другого племени срабатывает намного, намного реже и хуже, чем в кабинете врача, к которому пациент приходит заранее готовым к тому, что ему внушат то, чего он сам хочет. А краткосрочные курсы для всех желающих... Вы пошли бы на двухмесячный курс игры на скрипке с гарантией мастерства Паганини?

Профессор Л.Л. Васильев, член-корр. АМН СССР и зав. кафедрой физиологии человека и животных Ленинградского государственного университета, увлекся телепатией еще в студенчестве — незадолго до Первой мировой войны. И всю жизнь изучал «Внушение на расстоянии» и прочие «Таинственные явления человеческой психики» (так называются две его популярные книжки, опубликованные в середине прошлого века). За

что регулярно получал по полной программе. И не за крамольную тему исследований, а потому, что все до одного телепаты, телекинетики и прочие паранормалы — или люди, деликатно выражаясь, с нездоровой психикой, или мошенники. Или и то, и другое одновременно. Одну даму с феноменальным талантом внушения Леонид Леонидович оформил на кафедру лаборантом и все искал в ней мозговое радио (торсионных полей тогда еще не изобрели). А в свободное от исследований время дама продавала на галерее Гостиного двора телефонные будки под видом холодильников: они в Советском Союзе только что появились и были в большом дефиците. На творческом почерке ее и взяли, а проф. Васильев огреб не меньше, чем за историю с подводной лодкой «Наутилус» — но это совсем другая история.

Не поддаются гипнозу 5—10% людей. Внушаемость (вернее, гипнабельность) можно определить с помощью десятков тестов. Самый распространенный — тест на «слипание» пальцев, особенно удобный для того, чтобы выбрать из целого зала людей, которых можно вывести на сцену и продемонстрировать на них «чудеса гипноза» (в СССР гипноз на эстраде запретили в 1984 г., но свободную экологическую нишу тут же заняли экстрасенсы). Звучит это примерно так: «Сядьте поудобнее... Сцепите пальцы рук и положите их на колени... Я буду считать до десяти, и на каждый счет вы будете сжимать пальцы чуть сильнее... Ваши руки тяжелые и теплые... Раз... Чуть-чуть сожмите пальцы... Руки наливаются теплом и тяжелеют...» Ну и так далее — самые внушаемые после счета «десять» не смогут разлепить пальцы без разрешения гипнотизера. С ними можно показать другой фокус: «Я прикладываю руки к вашему затылку. Когда я их уберу, вас потянет назад, вы начнете падать — но не беспокойтесь, я вас подхватчу...» Заодно такие тесты работают и как подготовка к собственно усыплению.

Как противостоять гипнозу? Если вы знаете, что вас собираются гипнотизировать, но по каким-то причи-

нам этого не хотите — элементарно. Просто не выполняйте инструкции, пойте вслух песни, танцуйте (если злые шпионы не привязали вас к стулу) и т. д. Загипнотизировать человека, знающего, что его собираются усыпить, без его согласия не-воз-мож-но! Разве что на очень гипнабельных людей может подействовать т.н. рауш-гипноз: входит человек в дверь, а ему с порога — гонг, вспышка, толчок в лоб и крик «СПААААТЬ!!!» — он и падает на руки ассистенту. Но такое делается или на эстрадных представлениях, когда заранее отобранные более простыми тестами клиенты готовы к тому, что их сейчас усыпят, или для демонстрации студентам на курсах гипнотерапии, и чаще всего — после предварительных обычных сеансов гипноза, во время которых выбираются хорошие сомнамбулы и устанавливаются их доверительные отношения с экспериментатором. Без предварительной подготовки рауш-гипноз не работает.

Если вам начнут заговаривать зубы на улице — имейте в виду, что всякие подозрительные личности, останавливающие вас под каким-нибудь сомнительным предлогом, могут не только (и не столько) загипнотизировать вас, а, например, просто выхватить кошелек, когда вы начнете разменивать им деньги. И никакой уличный гипноз не срабатывает моментально: у объекта воздействия есть достаточно времени, чтобы понять, что с вами не просто заводят разговор, а пытаются всучить вам какой-то товар или — с внушением или без — ненавязчиво облапошить. А если вам позволят с предложением купить чудодейственное лекарство (довольно частый способ одурачивания, особенно пожилых людей, при котором гипноз не обязателен, чистое внушение при совершенно ясном сознании охмуряемого тоже работает) — не вступайте в разговоры: даже вашу ругань можно использовать для продолжения охмурения. Просто положите трубку...

Источник: портал «Вечная молодость» www.vechnayamolodost.ru

Злокачественная мезотелиома может возникать из клеток мезотелия плевры (80%), брюшины и крайне редко в перикарде и влагалищной оболочке яичка. В современной литературе описано лишь около 150 клинических наблюдений первичной злокачественной мезотелиомы перикарда. Гистологически выделяют три типа мезотелиом: фиброзный (чаще доброкачественный

Эукинетический тип центральной гемодинамики, обусловленный малым ударным выбросом ЛЖ при тахикардии (ударный объем 38 мл, сердечный индекс 3,8 л/мин/м²). Псевдонормальный тип диастолической дисфункции ЛЖ. Ультразвуковая сонография: печень диффузно увеличена, свободная жидкость в брюшной полости.

гредентное течение ЗСН, приведшей к летальному исходу.

На секции основные изменения были обнаружены в сердце: эпи- и перикард неравномерно утолщены, поверхность их мелкобугристая, шероховатая, тусклая. Гипертрофия ЛЖ. В легких картина хронической обструктивной болезни в фазе ремиссии. Легкие эмфизематозно вздуты, полнокровны, на разрезе с тонкими прослойками соединительной ткани. Печень увеличена (размеры 27×19×11×12 см, вес 1600 г), паренхима ее с мускатным рисунком строения. Выпот в брюшной и правой плевральной полостях.

При гистологическом исследовании в эпи- и перикарде и лимфатических узлах средостения было обнаружено разрастание опухоли, имеющей строение злокачественной мезотелиомы (эпителиальный тип) (рис.).

Важно подчеркнуть, что по данным большинства авторов, больные мезотелиомой перикарда расцениваются как страдающие экссудативным перикардитом геморрагического характера. Особенностью представленного нами случая, напротив, было полное отсутствие перикардального выпота. С другой стороны, обращала на себя внимание тяжелая ЗСН, протекающая без признаков дезадаптивного ремоделирования сердца. Таким образом, первичная злокачественная мезотелиома перикарда в течение продолжительного времени протекала малосимптомно, а затем манифестировалась констриктивным перикардитом с быстро прогрессирующей рефрактерной систоло-диастолической дисфункцией ЛЖ, послужившей причиной летального исхода.

Случай рефрактерной сердечной недостаточности у больного первичной злокачественной мезотелиомой перикарда (клинико-анатомическое наблюдение)

С.В. Зиц, Д.Ю. Песков*, В.П. Збановский*, И.В. Курная
Государственная классическая академия им. Маймонида, Москва
* Городская клиническая больница № 54, Москва

тип), эпителиальный и смешанный. Актуальность прижизненной диагностики мезотелиомы перикарда, особенно фиброзного типа, обусловлена высокой эффективностью оперативного лечения — перикардэктомии.

Приводим собственное наблюдение.
Больной А., 74 лет, пенсионер, поступил 23.07.07 в городскую клиническую больницу № 54 г. Москвы (главный врач — к.м.н. В.И. Нахаев) с жалобами на выраженную одышку в покое, сердцебиение, отеки, которые впервые появились около двух недель тому назад. Из анамнеза: страдает гипертонической болезнью 2-й стадии, хроническим обструктивным бронхитом легкого течения. Объективно: состояние крайне тяжелое. Пониженного питания. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Акроцианоз, набухшие вены шеи, массивные отеки нижних конечностей, асцит. Тоны сердца глухие, ритм правильный, частота пульса 105 ударов в минуту. АД 140/90 мм рт. ст. Одышка — до 38 в минуту. Над легочными полями жесткое дыхание, рассеянные сухие, а в нижних отделах с обеих сторон — влажные хрипы. Печень выступает из-под края реберной дуги на 5 см. Диурез около 400 мл/сут. Клинический анализ крови: лейкоциты 10,7 × 10⁹/л, лейкоцитарная формула без особенностей, эритроциты 4,37 × 10¹²/л, гемоглобин 132 г/л, тромбоциты 156 × 10⁹/л, СОЭ 3 мм/час. Анализ мочи: относительная плотность 1005, белок 0,12 г/л, лейкоциты 4—5 в поле зрения. Биохимия крови: билирубин 26,6 ммоль/л, глюкоза 5 ммоль/л, холестерин 4,2 ммоль/л, креатинин 130 мкмоль/л, общий белок сыворотки крови 65 г/л, альбумин 43 г/л, МВ-креатинфосфокиназа 3 МЕ. Рентгенография органов грудной клетки: сердце увеличено за счет левого желудочка (ЛЖ), сосудистый рисунок легочных полей усилен, застойные явления в малом круге кровообращения, плевральный выпот справа от переднего отрезка V ребра вниз до диафрагмы. ЭКГ: синусовая тахикардия, признаки гипертрофии миокарда ЛЖ. Эхокардиография: размеры полостей сердца не изменены (левое предсердие 34 × 29 мм, конечный диастолический размер ЛЖ 43 мм, правого желудочка — 23 мм), гипертрофия миокарда ЛЖ (толщина задней стенки ЛЖ в диастолу 16 мм, межжелудочковой перегородки 16 мм, масса миокарда ЛЖ 226 г). Структура и движения клапанов не нарушены. Зон грубой асинергии миокарда не обнаружено. Фракция выброса ЛЖ 47%.

Таким образом, у больного наблюдалось несоответствие между развернутой клинической картиной бивентрикулярной застойной сердечной недостаточности (ЗСН) и отсутствием увеличения размеров полостей сердца.

Среди причин недостаточности кровообращения у пациента, прежде всего, рассматривался констриктивный перикардит, возможно, обусловленный мезотелиомой либо метастатическим поражением перикарда. Однако, тяжелое состояние больного и краткость его пребывания в стационаре не позволили завершить обследование. Несмотря на начатое комплексное лечение диуретиками и ингибиторами АПФ, наблюдалось про-

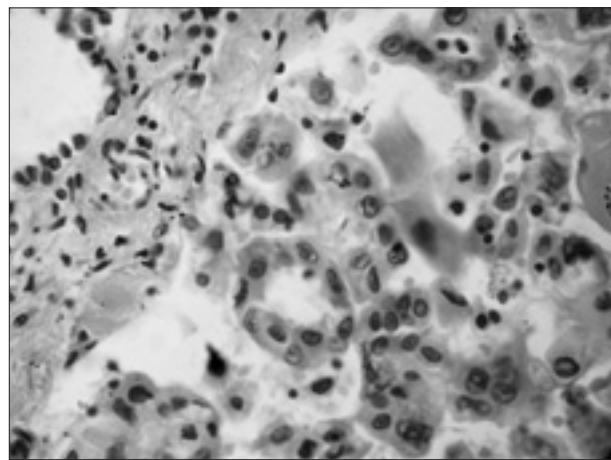


Рис. Злокачественная мезотелиома перикарда: четко видны фиброзные и ложные сосочки, железистые структуры, выстланные атипичным эпителием. Окраска гематоксилином и эозином, увеличение ×400



Внимание!

В издательстве НЬЮДИАМЕД вышла новая книга:

И.П. Кипервас «ТУННЕЛЬНЫЕ СИНДРОМЫ»

Книга выходит в 3-й раз, предыдущее издание осуществлено в 1993 году. Автор — ведущий специалист в мире, собравший и осмысливший богатейший материал по данной проблеме. В монографии обобщены сведения о патогенезе, клинике и семиотике основных туннельных синдромов — наиболее частой форме нетравматического поражения нервных стволов. Главным вниманием уделено их диагностике и консервативному лечению в амбулаторной и стационарной практике врачами общей медицинской сети: неврологами, травматологами, ортопедами, физиотерапевтами, терапевтами, семейными врачами, а также мануальными и иглорефлексотерапевтами. В связи с всеобщей компьютеризацией последних лет возросло количество болезней рук и прежде всего туннельных синдромов (невропатий). Эти специфические болезни поражают людей разного возраста и различных профессий, работа которых связана с нагрузкой на руки, и требуют немедленного лечения. Автором разработаны рациональные методы диагностики и оптимальные методы консервативного лечения, о чем и написана эта книга. Она может служить практическим руководством для врачей различных специальностей.

1 октября 2009 года в рамках XIV научно-практической конференции «Пожилой больной. Качество жизни» состоялся симпозиум: «Эталон приверженности лечению артериальной гипертензии», посвященный новому антагонисту кальция 3-го поколения — лерканидипину (леркамен® производитель «Берлин-Хеми/Менарини по лицензии Рекордати»). Симпозиум собрал большое количество врачей разных специальностей, так как проблема артериальной гипертензии касается сегодня практически каждого.

Профессор Небиеридзе Д.В. представил новый антагонист кальция 3-го поколения лерканидипин в различных клинических ситуациях, пояснив, что лерканидипин является новым препаратом для России, а в Европе успешно используется у многотысячной армии гипертоников уже несколько лет. Так, в исследовании ELYPSE эффективность лерканидипина изучалась в ситуации, максимально приближенной к обычной практической работе врача. В исследовании вошло 9059 больных с АГ 1–2-степени, которые получали лерканидипин в дозе 10 мг один раз в сутки. Большинство пациентов (69%) ранее находились на предшествующей терапии. Длительность исследования составила 3 месяца. Было выявлено значительное снижение как систолического АД, так и диастолического АД. Эффективность доказана для всех категорий больных с АГ. Изучение артериальной гипертензии в рамках исследования факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний выявило наличие дополнительных терапевтических преимуществ лерканидипина, которые сопровождают антигипертензивное действие препарата:

- Наиболее значимым в терапевтическом плане было антиатеросклеротическое действие препарата (угнетение пролиферации гладкомышечных клеток, торможение миграции миоцитов, угнетение эстерификации холестерина и, наконец, угнетение окисления холестерина-ЛПНП).
- Достоверное уменьшение протеинурии ($p \leq 0,015$) и достоверное ($p \leq 0,015$) увеличение клиренса креатинина через 6 месяцев терапии лерканидипином говорят о наличии нефропротективных свойств препарата.
- При лечении лерканидипином в течение 8 недель наблюдалась наименьшее число такого осложнения как отечность лодыжек, в сравнении с назначением фелодипина и нифедипина GITS и амлодипина. В течение 2 лет наблюдения число случаев отмены препарата из-за возникших побочных эффектов было наибольшим при лечении амлодипином (16%) и значительно меньшим при лечении лерканидипином (11%) и лацидипином (8%) у пожилых пациентов. Лерканидипин продемонстрировал отличный суточный контроль АД при отсутствии рефлекторной тахикардии, эффективность, сопоставимую с другими антагонистами кальция и различными классами антигипертензивных препаратов, при этом метаболическую нейтральность, органопротекцию и отличную переносимость.

Профессор Остроумова О.Д. рассказала о клинической фармакологии лерканидипина, акцентировав внимание на особой эффективности препарата при изолированной систолической артериальной гипертензии у пожилых. Многочисленные популяционные исследования показали, что САД оказывает значительно большее влияние не только на смертность от коронарной болезни, но и на заболеваемость всеми формами ИБС: острым инфарктом миокарда, стенокардией. Существенное и большее влияние, чем ДАД, САД оказывает на частоту внезапной смерти. Это связано еще и с тем, что самым частым осложнением ИСАГ является гипертрофия миокарда левого желудочка (ГЛЖ), а именно она является главным независимым фактором риска сердечно-сосудистой смертности и в особенности внезапной смерти. Хорошо известно, что антигипертензивная терапия проводится длительно. В этой связи лекарственные препараты, используемые для ле-

чения больных с артериальной гипертензией, должны не только хорошо переноситься, но и не иметь эффекта тахифилаксии, т. е. привыкания. В противном случае возможны негативные последствия длительной терапии. Эффективность длительной терапии лерканидипином оценивали при лечении 355 больных с мягкой и умеренной артериальной гипертензией. Уровень артериального давления оценивался на протяжении года наблюдения. Обнаружена высокая антигипертензивная активность лерканидипина, которая постепенно нарастала в течение всего периода наблюдения. Эти данные указывают на отсутствие эффекта тахифилаксии при длительном лечении лерканидипином. Безопасность применения лерканидипина исследовали также при лечении больных со стенокардией. В частности, при проведении 6 плацебо-контролируемых исследований не выявлено увеличение потребления миокардом кислорода при проведении нагрузочных исследова-

следуемым препаратам открытым способом добавлялся эналаприл, либо атенолол, либо гидрохлортиазид. Лечение продолжалось от 6 мес. до 2 лет. Через 6 месяцев от начала лечения систолическое и диастолическое АД снижалось в одинаковой степени во всех исследуемых группах: на 30/14 мм рт. ст. в группе, получающей лерканидипин, на 30/15 мм рт. ст. в группе, получающей амлодипин и на 29/14 мм рт. ст. в группе, получающей лацидипин. В течение 2 лет наблюдения число случаев отмены препарата из-за возникших побочных эффектов было наибольшим при лечении амлодипином (16%) и значительно меньшим при лечении лерканидипином (11%) и лацидипином (8%).

Многочисленные исследования показали, что сердечно-сосудистые осложнения, связанные с артериальной гипертензией, зависят не только от степени повышения АД, но и от высокой вариабельности АД в течение суток. В частности, увеличение вариабельности АД приводит к быстрому повреждению органов-мишеней. Последними исследованиями показано, что число сердечных и це-

реброваскулярных осложнений можно значительно уменьшить с помощью препаратов, препятствующих значительному возрастанию АД в ранние утренние часы. С этой целью использовали четырехкомпонентный анализ по Fourier — математическую модель, характеризующую результаты 24-часового непрерывного мониторинга АД. Обнаружено, что лерканидипин мягко снижает АД как в дневные, так и в ночные часы, а также препятствует быстрому росту систолического АД в ранние утренние

часы и росту диастолического АД в первые часы после пробуждения. В сравнении с показателями других антагонистов кальция антигипертензивный эффект лерканидипина стабильный и закономерно повторяющийся. Его индекс продолжительность/пик действия — наиболее высокий среди антагонистов кальция, широко используемых с антигипертензивной целью. Другим важным фактором хорошей переносимости лерканидипина, особенно у пожилых пациентов, является отсутствие постуральной гипотензии.

Профессор Глезер Мария Генриховна рассказала о данных многочисленных международных клинических исследований лерканидипина. Она подчеркнула, что новый антигипертензивный препарат должен быть: эффективным, длительно действующим; безопасным; органопротективным; сочетаемым с основными группами препаратов, используемыми для лечения ССЗ; применимым у различных категорий пациентов — всем этим требованиям удовлетворяет лерканидипин. Кроме того, высокая приверженность к терапии лерканидипином, благодаря его 24-часовому действию (однократному приему), уменьшает затраты на лечение.

Таким образом, в российскую клиническую практику входит новый, очень эффективный и весьма безопасный препарат из группы антагонистов кальция дигидропиридинового ряда третьего поколения (ЛЕРКАНИДИПИН), который позволит увеличить число пациентов, получающих терапию в соответствии с современными рекомендациями.



ний на фоне применения лерканидипина. В открытом исследовании 263 больных, получавших лерканидипин, снижение частоты возникновения приступов стенокардии или появления признаков ишемии при проведении теста с физической нагрузкой было сопоставимо с применением иных препаратов сравнения.

В соответствии с международными рекомендациями, кальциевые антагонисты входят в перечень лекарств первого выбора для лечения артериальной гипертензии у пожилых пациентов. Часто у таких больных наблюдается изолированная систолическая гипертензия. Поэтому важно, чтобы любой кальциевый антагонист был эффективным именно при систолической артериальной гипертензии. В группе пожилых пациентов с ИСГ количество больных, у которых достигалось значительное снижение уровня АД при приеме лерканидипина, было особенно высоким. Через 4 недели лечения у 81% больных отмечалось снижение систолического АД по меньшей мере, на 20 мм рт. ст., при этом у 41% больных систолическое АД снижалось до нормального уровня (≤ 140 мм рт. ст.). Через 8 недель лечения у 62% больных наблюдался нормальный уровень систолического АД.

В многоцентровом двойном-слепом рандомизированном исследовании COHORT проводили сравнительное изучение антигипертензивной активности и переносимости лерканидипина, лацидипина и амлодипина у пожилых пациентов. В исследование вошло 828 больных, мужчин и женщин в возрасте 60 лет и старше. Все больные были рандомизированы в соотношении 2:1:1 в группы, получающие лерканидипин в дозе 10–20 мг один раз в сут., амлодипин в дозе 5–10 мг один раз в сут. и лацидипин в дозе 2–4 мг один раз в сут. В тех случаях, когда целевого уровня АД не удавалось достичь через 8 недель после начала лечения, к ис-

ПИСЬМА

Коллеги!
Большое спасибо за Вашу газету и, главное, за отсутствие официоза!

Боловин Л.М. г. Обнинск

Здравствуйтесь уважаемая редакция газеты «Московский доктор»!

Вот уже второй год получаю Вашу газету и каждый раз с интересом прочитываю каждый номер, не пропуская ни одной статьи. Особенно нравится «общий анализ» от П. Воробьева, очень хорошие критические статьи, мнение которых всегда совпадает с мнением большинства практикующих врачей, но не наших руководителей. В последних номерах очень понравились «Очерки интенсивной терапии от ГИЦ РАМН», молодцы! Огромное спасибо Вам, что даете возможность получать вашу газету бесплатно, что особенно важно в условиях кризиса и наших нищенских зарплат.

Еще раз огромное спасибо за замечательную газету! Долгих Вам всем лет жизни, крепкого здоровья, творческих успехов, буду с нетерпением ждать новых номеров газеты с Вашими замечательными статьями!

Спасибо! До свидания!
С уважением Сабирова Р.Г.
г. Казань

Вестник МГНОТ. Тираж 7000 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., Калыев А.В., Ключев Н.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., Палева 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., Шпектор А.В., Ючук Н.Д., Яковлев В.Б.

Газета распространяется среди членов Московского городского научного общества терапевтов бесплатно

Адрес: Москва, 115446, Коломенский пр., 4, а/я 2, МТП «Ньюдиамед»

Телефон 8-499-782-31-09, e-mail: mtpndm@do1.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

Внимание! В адресе корреспонденции обязательно указание МТП «Ньюдиамед»!