



ВЕСТНИК МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО

МОСКОВСКИЙ ДОКТОР

Январь 2010

№ 1 (103)

НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ

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

ПРЯМАЯ РЕЧЬ

Москва — Магадан и обратно

В.Г. Кукес

(академик РАМН, заслуженный деятель науки РФ, заведующий кафедрой клинической фармакологии и пропедевтики внутренних болезней ММА им. И.М. Сеченова, директор Института клинической фармакологии НЦ ЭСМП Росздравнадзора, директор Филиала «Клиническая фармакология» НЦ биомедицинских технологий РАМН)



мы сказали, что искренне рады, что он снова с нами. Борис Ильич сказал: «Я буду беречь эти гвоздики, потому что уверен, что ваши молодые сердца чисты и искренни, а ваши молодые головы могут отличить правду от лжи». После угощения, прощаясь с нами, Борис Ильич сказал: «Да, со мной произошел неприятный инцидент, стоивший мне много лет жизни, но лучшим лечением для меня будет моя

работа и ваши успехи. Поверьте мне, что все произошедшее не обозлило меня, я буду продолжать еще больше любить свою Родину и работать. Я уверен, пройдут годы и, тучи, периодически сгущающиеся над нашими головами, будут разогнаны. Успехов и светлого неба над головой». Через полгода Бориса Ильича не стало.

Несмотря на интерес к занятиям биохимией, полное удовлетворение я получил, когда вступил в кружок по пропедевтике. Мотивацией к переходу послужили лекции академика В.Х. Василенко. Знание биохимии очень пригодилось. Темой моей первой научной работы стало определение белков сыворотки крови и мочи методом электрофореза у больных с различными заболеваниями почек. Отец всячески помогал мне в конструировании прибора для электрофореза. Полученные результаты исследования были обработаны и доложены на студенческом кружке и отправлены в журнал «Лабораторное дело».

В ординатуру меня не взяли, несмотря на красный диплом. Мешал пятый пункт. Отъезд из Москвы в другие регионы лишил московской прописки, но отъезд по договору в отдаленные регионы после окончания договора давал право на восстановление московской прописки. Я подписал договор с представителем Магаданского облздрава на 3 г. Единственное, что я знал про Магадан — что это столица колымского края. А сама Колыма — место, куда ссылали заключенных, то есть я представлял себе огромный лагерь. В моем решении меня поддержал академик В.Х. Василенко, мой наставник доцент Г.Н. Карапетян и родители. Перед выездом в Магадан благодаря советам и помощи моего старшего друга, ныне академика, Н.Р. Палеева я попал на собеседование к заведующему отделом заболеваний коренных народов крайнего севера Института терапии АМН СССР профессору Г.М. Данишевскому, который в течение часа рассказывал мне об изучении сердечно-сосудистой системы у жителей Чукотки. Затем он повел меня к директору Института терапии академику А.Л. Мясникову, который предложил сосредоточиться на распространенности артериальной гипертензии у народов Крайнего Севера. В короткой беседе он виртуозно, последовательно рассказал мне план работы, останавливаясь особенно четко на методичности проведения его в жизнь. Окрыленный тем, что сам великий А.Л. Мясников напутствовал меня заниматься наукой, я отправился в Магадан.

Командировочных денег, выданных при заключении договора, хватило только на покупку плацкартного билета

Продолжение на стр. 3

Ни я ни мои одноклассники никогда не сомневались в том, что я стану врачом, это даже не обсуждалось, воспринималось как само собой разумеющееся. Я еще в глубоком детстве решил, что стану врачом. Не то генетика через поколение аукнулась (дед Нахим Френклах в Первую мировую служил фельдшером в гвардейском корпусе Николая I), не то увиденное во время бомбежки при эвакуации из горящего Минска произвело на мою неокрепшую душу такое сильное впечатление. А вот мои родители думали иначе. На состоявшемся на следующий день после выпускного бала большом семейном совете отец жестко объявил, что, по его мнению, сын должен идти по стопам отца и поступать в Институт связи. Аргументы у отца были довольно весомые: институт рядом с домом, проректор хорошо знаком, стипендия выше, не надо 3 года ехать отрабатывать по окончании... После этого последовала моя плановая речь про заветную мечту.

И неожиданная поддержка со стороны друга семьи героя Советского Союза В. Наливайко, который тоже присутствовал на семейном совете. Видимо его теплые слова обо мне имели больший эффект. Отец сказал: «Иди готовься». Я почувствовал, как за спиной вырастают крылья.

Конкурс в мединститут был 19 человек на место, преимуществ у демобилизованных. Репетиторов нет, рассчитывать можно только на себя. Я должен был доказать себе и всем, что справлюсь. И я доказал, несмотря на то что в списке абитуриентов был под 13-ым номером в 13-ой группе и первый экзамен был в понедельник 13-го числа и билет мне достался под номером 13...

Учились мы, не сговариваясь, с невероятным усердием. Учиться плохо было не просто стыдно, это ведь 51-й год, война еще стояла перед глазами. Наши результаты были фантастическими — каждый 5-й студент нашего потока окончил институт с отличием. Моими однокурсниками были академик РАН и РАМН, директор института нейрохирургии профессор А.М. Коновалов, академик Н.Н. Боголепов, много лет возглавлявший институт мозга РАМН, профессор О.Л. Иванов, заведующий кафедрой кожно-венерических болезней ММА, профессора М.Р. Ронкин и А.Б. Шехтер, М.И. Лерман, академик РАМН, профессор М.С. Балаян, член-корреспондент РАМН, профессор А.Л. Гребенев, известный писатель-юморист Аштенбок — в миру Аркадий Арканов, руководитель и режиссер театра «Шалом» А. Левенбук и многие другие.

Мы находили время и силы для творчества, общественной жизни, отдыха: мы прослушали полный цикл лекций в Третьяковской галерее, в Музее изобразительных искусств имени А.С. Пушкина, стойко выстояли суточную очередь и всей группой попали на выставку картин из Дрезденской галереи. В 55 г. в кинотеатре документальных фильмов на Красной Пресне показывали фильм «Америка глазами советских журналистов». Добыв билеты на весь поток, мы пешком отправились с Пироговки на Краснопресненскую. Вышли на Zubovskuyu площадь и колонной по два-три человека в ряд (рефлекс, выработанный на демонстрациях) по правому краю Садового кольца пошли по встречной полосе к высотке на площади Восстания, где был расположен кинотеатр. Вначале нас остановил постовой милиционер. Выяснив в чем дело, он попросил нас быть осторожными и не забегали в левый ряд Садового кольца. Минут через 20 нас вновь остановили двое в кожаных пальто, приехавших на машине. Проверив документы и наличие билетов, они разрешили нам дальнейшее движение, порекомендовав не проводить публичное обсуждение фильма и после киносеанса разойтись по домам. Таким образом, без предварительного соглашения мы спокойно прошли в центре Москвы группой в 200 человек.

Меня очень увлекала работа в студенческих научных кружках. Однажды в декабре 52 года, занимаясь в кружке по биохимии, мы увидели в коридоре кафедры незнакомых мужчин в кожаных пальто. Они снимали со стен портреты выдающихся биохимиков, в том числе руководителя кафедры, академика, профессора Б.И. Збарского, ученого, возглавлявшего лабораторию балластирования. Когда удивленные студенты вышли в коридор и стали задавать вопросы, нам порекомендовали вернуться в аудиторию и не высказываться, а то навлечем на себя беду. Ничего не понимая, мы решили не раздражать серьезного дядьку, но из любопытства все равно подглядывали. Часов в 8 мы увидели, что все покидали коридор, а в центре чужой толпы шел наш любимый профессор. На следующий день мы услышали официальное сообщение, что Збарский арестован как английский шпион. После смерти Сталина дело врачей было прекращено. В один из вечеров наш руководитель кружка сказал, что мы работаем только полчаса, и нас приглашают на чай в кабинет академика Збарского. Со-

Оплатите доставку Вам газеты

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. В 2010 году мы будем 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 НЬЮДИАМЕД
Просим Вас при желании в 2010 г. получить газету, оплатить ее доставку до 1 марта 2010 г.
С полной версией газеты и значительно оперативнее вы можете ознакомиться по адресу в Интернете <http://zdrav.net/terobsh/vestnik/archive>
Редакция Вестника МГНОТ

ИЗВЕЩЕНИЕ	Кассир	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: _____ 2100 _____ года
	Кассир	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: _____ 2100 _____ года

Длинными январскими каникулами, когда уже, казалось, делать нечего, салаты и заливная рыба закончились, а от шампанского началась изжога, постоянные посетители форума на сайте МОООФИ www.rspor.ru затеяли дискуссию по итогам года. Я, не буду скрывать, приложил руку к некоторым текстам, хотя не я начал. И вот что из этого получилось.

Началось все с критики статьи Е. Паперного, расположенной по ссылке <http://medportal.ru> Автор пишет: «...многие сугубо врачебные проблемы поднялись до уровня политических... эти же факты можно интерпретировать и в пессимистическом ключе: даже те вопросы, ответ на которые в иных краях находится быстро и автоматически,... приходилось решать всем миром...»

Автор отмечает как важнейшее достижение запрет Кемеровской прокуратуры на продажу бахил в больницах и поликлиниках — это навязанная услуга ничем, кроме лени (или отсутствия) санитарок не обусловлена. При этом, замечает автор, себестоимость полиэтиленовой «штучки» — рупь, а просят за нее — 20. Наценка — 2000%. Прибыльно!

Далее автор перекидывает мостик на дела ММА им. И.М. Сеченова и ее ректора — М.А. Пальцева. Пытаясь «мертвого льва» — одного из последних «красных директоров» в стране, по выражению автора, — г-н Паперный вешает на него «страшные» экономические преступления, из описания которых становится ясно, что, наконец, пойман главный вор России. Славные поработали прокурорские, только почему-то не поработали на уголовные дела. И сотрудники ВУЗа подержали ректора, а не его увольнение. Никто не слышал вдогонку рева толпы: «спасибо партии родной». А обвинять в иезуитском стиле, чтобы нельзя было за клевету привлечь — не очень красиво. Даже создалось впечатление, что есть что-то личное в нападках журналиста на М.А. Пальцева. Но впечатление к делу не пришьешь. Собственно этот разговор и состоялся на форуме по-первости.

Далее Е. Паперный рассказывает историю противостояния руководства Архангелгородской медицинской администрации и медицинского сообщества, которое сопровождалось митингами и посадкой ректора Северного медуниверситета в СИЗО с целью подавления сопротивления методами сталинской инквизиции. Его просто не лечили, из-за чего несколько раз академик оказывался в коматозном состоянии. Автор считает, что «основной фокус общественной активности врачей в 2009 г. находился на севере России». Думаю, ошибается, далеко не все про эту ситуацию слышали, а тем более — реагировали. Наш портал вел это «дело», были письма и Президенту страны Д.А. Медведеву, и публикации в прессе. Результатом стало освобождение ректора, снятие руководства местного Минздрава. Понятно, что это еще не победа, но так хочется...

Наконец четвертый важный момент в жизни отечественной медицины связан с тем, что «Л. Рошаль в 2009 г. оставил высокий пост в Общественной палате, чтобы сконцентрироваться на новом амбициозном проекте... 21.12 в России была создана Национальная медицинская палата. Этот общественный орган, членство в котором планируют сделать обязательным для всех медработников, должен взять на себя некоторые государственные функции по регулированию врачебной профессиональной деятельности». И тут г-н Паперный сносит на странные частности: он считает, что палате предстоит заниматься проблемой домашних родов, так как в Петербурге «были вынесены приговоры по делу так называемого (ах, какой пассаж, как везет затхлыми подвалами советской обличающей прессы) «Центра родительской культуры «Колыбелька». Пропаганда отказа от квалифицированного медицинского сопровождения родов якобы привела к гибели 6 новорожденных. И как раньше в поле рожали здоровых? Не думаю, что у Палаты большое и светлое будущее. Пока никаких общественных достижений за командой организаторов этого мероприятия не замечено. Да и конкуренция в это сфере высокая — не меньше 4-х подобных организаций — по целям и задачам — уже есть. Это — пятая, почему она будет успешнее?»

Автор подробно останавливается на проблемах наркотических — применения метадона, без которого стране — никуда, запрета курительных смесей, программ обмена шприцев и презервативов для ВИЧ-инфицированных. Других проблем в медицине автор не заметил. Ан нет, в заключение опять про репрессии, но теперь уже с теплом в адрес «органов»: «Наконец, непонятно, столкнемся ли мы в 2010 г. с сообщениями, подобными... сообщению об осуждении руководства Фонда обязательного медицинского страхования... за махинации с закупками лекарств для льготников».

Вот что пишет С.Н. Гальперин в посте: «...основной вектор происходящего — переход собственности — докатился наконец-то до здравоохранения. Все остальное — окружающая процесс мишура... Что получится из медпалаты, сказать пока сложно. Создается она сверху вниз, потому что реально независимой шансов имеет не слишком много. Декларируемая задача защиты интересов врачей объединенными усилиями ясна, непонятны пути ее решения. И еще, мне пока не встре-

чалось ни одно замечание Рошаля по поводу череды врачебных процессов».

М.Я. Тевелевич из далеких Васюганских болот пишет: «Таки, везет оптимизмом. Наверно, это рождением навяло, есть ожидание какого-то чуда. Вдруг, раз! и случится. Мощное! Есть в одном далеком, далеком селе сортир при больнице. На высоком помосте, под грудью мужику. Как-то наблюдал, как по обледенелому трапу карабкается бабка, вокруг тьма, ветер, снег, сортир освещен мощным прожектором... А вдруг, чудо это, начнется с того, что полы в таком сортире прогниют и все разом, по уши окупятся в дерьмо. И построят(роим) тогда новый сортир. С кафелем и центральной канализацией! Вот, такого чуда есть ощущение, ощущение,

Итоги 2009 г. НЕУТЕШИТЕЛЬНЫ

Вести Интернет-портала МОООФИ
www.rspor.ru

П. Воробьев

что а) нырять еще есть куда, б) нырять, скорее всего, придется». Михаил Яковлевич мечтал об организации «врачи всей страны, объединяйтесь» Выходит каким-то боком уродливым. Ведь есть и РМА, и РМО, и съезды пироговские — все пока оказалось болтовней.

С.Н. Гальперин продолжает: «Полагаю, что одним из наиболее заметных явлений времени стала программа создания Центров здоровья. Теперь нет сомнений, что в ближайшие годы система здравоохранения будет продолжать работать по принципу распилики бюджета. А опыт создания общественной «Лиги здоровья», обеспечивающей всеобщий одобрямс нащпроектм, показывает реальную роль общества в этой схеме».

К.Ю. Лакунин из подмосковной глубинки цитирует официальные документы про высокотехнологические центры от 05.11: «Председатель Правительства РФ В. Путин подписал распоряжение о создании федеральных центров высоких медицинских технологий — в Красноярске, Тюмени, Хабаровске и Челябинске...»



Как пояснила Министр здравоохранения и социально-го развития РФ Т. Голикова, первым из этих центров будет введен в эксплуатацию уже в декабре Центр сосудисто-сердечных заболеваний в Хабаровске. В 2010 г. в Красноярске и Челябинске откроются также центры сосудисто-сердечных заболеваний, а в марте следующего года в Тюмени будет открыт первый нейрохирургический центр... напомнила, что в настоящее время уже работают два сосудистых центра в Астрахани и Пензе, и еще один — ортопедический — в Чебоксарах». Спрашивает, интересуется К.Ю. Лакунин: «... довольно странно это читать. Может, кто из коллег в регионах просветит — как на самом деле обстоят дела с этими центрами». Я отвечаю: «Знаю про Хабаровск. Каждый год, приезжая, вижу подготовку к открытию центра. То дорожки асфальтируют, то еще что. Но вроде так и не заработал, на декабрь. Может, в праздничные дни?»

Из-за океана доносится голос Г.А. Герасимова о ТОПах в медицине 2009:

«1. «Свиной грипп», удавшаяся попытка одурачить весь мир. Гигантский пиар-проект по промывке мозгов: представить появление очередного (даже не нового!) штамма вируса гриппа как пандемии, по своей угрозе сравнимой с чумой... Вскоре мы услышим рассказы от мира была отведена. А холодная и снежная зима 2009—2010 г. во всем северном полушарии — это заслуга Обамы и борцов со всемирным потеплением. (Буша в годы активных ураганов на юго-востоке США вполне серьезно обвиняли в том, что их причина в том, что США не подписали Киотский протокол).

2. Окончательное закрытие зурабовских проектов. Про «высокотехнологические центры» все «забыли», а

стоительство их Голикова передала в ведомство своего супруга от греха подальше. Сослала и самого Зурабова, правда это греховное место называется Украина.

3. Увольнение Пальцева. Как бы то ни было, но с поля удалена мощная и достаточно независимая фигура, находившаяся в оппозиции к МЗСР. Подобного рода операции были ранее проведены в многих медицинских (и не только) вузах России.

4. Центры здоровья. Заведомо убыточная и неразумная система организации профилактической службы. Толку от нее не будет однозначно.

5. В демографическом плане 2009 г., видимо, последний «тучный» год. Вроде бы даже удалось свести баланс рождения и смертей. С 2010 г. начнется новый демографический провал. Пока МЗСР поет о своих мнимых успехах, Минобр предсказывает, что в 2012 г. вместо 1200 тыс. (как в тучном 2006 г.) школы выпустят только 700 тыс. ребят. Это заметно меньше имеющихся вакансий в ВУЗах России. Высшее образование станет всеобщим?»

6. Продолжается развал медицинской науки и образования, а следовательно, и экспертной базы для любых инновационных проектов. Т. к. политическое руководство страны ставит заведомо нереальные задачи («создание новых лекарств и медицинских технологий»), то появляются новые лысенки и прочие авантюристы, готовые «освоить» любые инвестиции.

7. Начало нового этапа перекройки фармацевтического рынка. Видимо, стоит задача создания «отверточных» производств зарубежных лекарств, чтобы от периодических откатов перейти к постоянной ренте.

8. «Народ безмолвствует» — А.С. Пушкин.

А вот что я думаю про рейтинги побед и поражений. Среди наиболее значимых негативных событий этого года надо поставить снятие М.А. Пальцева. Оно будет иметь далеко идущие последствия. Осуждение Таранова и его команды — в том же ряду «дела врачей». И третье громкое дело — Сидорова, ректора архангелгородского — в этом же ряду. Их можно объединить в одно: репрессии, провокации и, не побоюсь, — террор против крупных представителей медицинской общности.

2. Отмена выборов в РАМН в последний момент накануне голосования. По предписанию прокуратуры! Не просто так!

3. Возможно, личное — прекращение деятельности ТК 466 «Медицинские технологии» по созданию протоколов ведения больных и других ГОСТов по требованию Министров Голиковой и Христенко. Прямые указания о закрытии ТК сам читал. Как мы им мешаем.

4. Снятие с торгов бортезомида отечественного производства. Говорим — одно, делаем — другое. Тут своя рубашка ближе к телу: западным торгует Фарм-стандарт (см. афилированные фамилии выше) и вдруг какой-то Фармсинтез посмел. К ногтю его. И хоть суд (ФАС) вроде выиграл — к конкурсу так и не допустили отечественного разработчика и производителя.

5. Тайная разработка нового Перечня жизненно необходимых лекарств. Обращение к Президенту страны и руководителю правительства успеха не принесли. Случилось удивительное: экспертное сообщество пришло около 200 препаратов жизненно необходимыми (без них нельзя жить!), а сообщество чиновников — в этом статусе им отказало. Плевать, что общественность возражала — они все заранее обвинены в ангажированности (это — мягко). Кто не с нами — те против нас. Ну да, марганцовка, перекись водорода и спирт, безусловно, важнее цитостатиков, противопаркинсонических и антидиабетических средств. Да и сам перечень меняет статус — отныне он ограничивает доступ больных к лекарствам. Странно как-то.

6. Беспрецедентное раскручивание арбидола — на пустом месте втюхали, говорят, на 7 млрд. руб. Во дают, менеджеры отвязанные. Тут уж включили все административные ресурсы. Эта история еще долго будет образцом для всех «как не надо себя вести».

7. Выступление Путина по поводу медрепов и врачей — мздоимцев, нельзя не заметить. Оно — в общей репрессивно-обвинительной струе.

8. Локальная битва против диссертации по пробиованию мозгов электрошоком для лечения гипертонии и диабета. Надеюсь, защита диссера прошла без сучка и задоринки. Сколько призывал я критиков оголтелых к конструктивной критике: не послушались, и пришлось пост — по требованию научных консультантов — закрыть. Конструктивизма не хватает, ребята. Мы еще их не победили.

9. Выход таких странных документов, как «порядок оказания помощи». Читать их нельзя, во всяком случае — на ночь. Это вершина эпистолярного жанра чиновников. Эти труды и потуги, видимо, не приживаются, во всяком случае, не слышно их обсуждения. Это — косвенное свидетельство мараматности данного вида документов.

10. Забастовки врачей были не только в Архангельске, и это действительно новое явление для нас. Посмотрим, как оно будет развиваться дальше. Врачи всегда были спокойными людьми, значит, очень припекло. Кстати, выходили под лозунгами — дайте работать, а не дайте зарплату.

11. Важно, хотя могут и заболтать — появление фактически парамедицинской службы. Мне представляется необходимым всемерно поддержать эту тему. При-

Начало на стр. 2

няты поправки в законодательство, что оказание помощи могут и должны выполнять не медицинские работники.

12. Организационный провал оказания экстренной медицинской помощи при массовых поражениях — Невский экспресс и Хромая лошадь. Все, что можно было сделать неверно — сделали. Это касается и сортировки, и эвакуации, и развертывания помощи на месте. Я говорю только про организационную часть.

13. Соккрытие информации про пневмонии и смерти от свиного гриппа — тоже удивительное явление. Такое было при Советской власти, когда вместо тифа сыпняка писали возвратный тиф. Ни вшей у нас не было, ни сыпняка — ни-ни. Вроде мы в другой стране, ан цыкнули — и все разом рты захлопнули.

В.В. Власов ерничает: «Вот в чем категорически не согласен с ПА — насчет «Порядков». Они имеют смысл. Для больного, впервые сталкивающегося с новой болезнью (своей или родственника), или для вчерашнего студента совокупность законов и правил, регламентирующих получение помощи — лес темный. Типа: какое лечение входит в программу и какие документы надо заполнить, чтобы по этой программе (например, дорогостоя) его получить, в какие сроки куда представить и кто должен печатать приложить. Для того чтобы обеспечить качество работы неквалифицированного персонала, менеджеры придумали СОПы. Нормальный инструмент. Порядки — это такие СОПы. Их написали для себя и других пришедшие в МЗСР менеджеры с ограниченным опытом. Я даже не исключаю, что в результате может появиться польза: пока МЗСР писало эти Порядки, они могли бы понять, что система оказания помощи сложная и ржавая. Реформа для это-

го и нужна. Боюсь только, что писали Порядки младшие клерки МЗСР, а начальство их не читало, поскольку верит в то, что у них замечательная система, и они сами — гениальные управленцы. Соответственно, по мере утверждения Порядков у начальства может утвердиться впечатление, что теперь в системе ПОРЯДОК».

Молодой специалист Г.Г. Боршев вторит:

«1. Противодействие медицинской общественности и... государства. Митинги и выступления врачей в Архангельске поразили, в этом процессе СМИ сыграло роль «буфера», не давшего тихо задавить бунт. Те же СМИ открыли травлю врачей, выпуская телепередачи и статьи «Врачи-палачи» — какое после этого уважения к людям в белых халатах.

2. Относительно эпидемий «смертельно опасных для человечества» — что дальше, никто не знает, но на одном приеме «долго не поиграешь». Думаю, вскоре придумают новую схему суперзарплаток фармфирм и причастных.

3. Перестановки руководителей ВУЗов на фоне увядающей системы образования. Ведутся активные политические баталии на фронтах ВУЗов и «кто-то теряет, а кто-то находит».

4. Борьба со всякого рода взяточничеством и коррупцией в медицине — глава правительства и министр не раз высказывали свои мысли об этом в жесткой форме — посмотрим, как речи подтверждаются делами.

5. «Движения» в отечественной фармотрасле — В.В. Путин высказывается об увеличении удельного веса российских препаратов на отечественном рынке, при этом снимают с торгов бортезомиб. Странно, но факт.

6. Странно открытие Центров здоровья с оборудованием по «последнему слову техники» и выделение на это приличных сумм из бюджета.»

Вот такой невеселый оказался ТОП.

Внимание!
**В издательстве НЬЮДИАМЕД
вышла новая книга!**

Ливен Аннеманс

**ЭКОНОМИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ДЛЯ НЕЭКОНОМИСТОВ**
Введение в концепции,
методы и трудности
экономической оценки
в здравоохранении

НЬЮДИАМЕД
Москва, 2010

Начало на стр. 1

на скорый поезд «Москва-Владивосток». Оказалось, что просто так билет купить нельзя — Магадан являлся закрытой и пограничной зоной, и на въезд необходимо было разрешение УВД. Через неделю я это разрешение получил. От Владивостока до Магадана добраться можно только самолетом или паромом. На море шторм, у меня и моего соседа морская болезнь, мы уставшие, голодные. И тут по корабельному радио объявление: «Все врачи, находящиеся на борту, должны срочно подняться в каюту капитана». Кроме меня на корабле оказались еще молодой судовой врач и не менее молодая пассажирка акушер-гинеколог. Помощь требовалась молодому матросу, у которого началось легочное кровотечение. Ситуация экстренная: шторм 5 баллов, пароход идет на одном винте (второй сломан), до Магадана не меньше 10 часов, учтивая погоду, в сам порт мы не попадем, а встанем на рейде. На судне 1000 пассажиров, вода и провизия на исходе. На мой вопрос «Сколько крови находится в холодильнике и есть ли кровезаменители?» судовой врач саркастически улыбнулась и предложила самому изучить содержимое холодильника. В холодильнике никаких флаконов не было, лишь несколько ампул с физраствором и хлористым кальцием. Ничего для определения групп крови тоже. Но был лед, был морфин. У акушера-гинеколога оказалась I группа крови. Пароход дошел до Магадана, прибывшая скорая забрала уже стабилизированного больного. Неожиданно начавшийся первый день самостоятельной врачебной деятельности успешно закончился.



К моему большому удивлению, меня поселили не в яранге, как я себе нафантазировал, а во вполне цивилизованном 4-этажном общежитии совнархоза в центре Магадана. Моими соседями по комнате оказались люди, освободившиеся из заключения. К 7 часам вечера все соседи собрались. Я выставил на стол все, что привез с собой. Староста сказал: «Водку спрячь для женщин. Для них же мед и печенье. А вот по цифиру за знакомство мы все выпьем. Когда будет возможность, принесешь медицинского спирта. Только не разбавляй его». Кроме меня все были курящие, но ни разу за все годы никто не курил в комнате.

Магаданская областная больница, где я начал работать, находилась в 1,5 километрах от общежития. В больнице меня ждали, даже была получена бумага от академика А.Л. Мясникова о том, что мне предстоит, кроме клинической работы, научная. Начал я с обычной работы, мне дали 2 палаты по 6 человек. Буквально в 1-й месяц работы у меня оказалась тяжелая больная, у которой я предположил СКВ. Мы вызвали консультанта из Хабаровского мед. института. Прилетела профессор, которая, осмотрев больную, сказала, что согласна с моим диагнозом и предложенной тактикой лечения. Она пригласила меня для беседы и сказала, что готова принять меня в аспирантуру. Мне это было очень приятно. Но я мечтал вернуться на кафедру пропедевтики к В.Х. Василенко, у которого я 4 года прозанимался в кружке. Поэтому я отказался от лестного предложения.

Поездки в тундру были незабываемы. Оленеводы всегда ставят на стол пиалу, полную рыбьего жира, и макают в него все: хлеб, мясо, печенье. Это убедило меня в адаптации чукчей к большому количеству витамина А и Е. Кроме того мы регулярно сталкивались с особенностями коренного населения Севера. Например, при определении

pH желудочного сока после пробного завтрака — 150 г хлеба, реакции у них не было никакой, кислотность отсутствовала. Узнав об этом, главный терапевт сказал: «Чукчи не привыкли кушать хлеб. Они едят мясо. Дайте ему 150 г. отварного или сырого свежего мяса моржа или оленя». Полученные результаты подтвердили заключение главного терапевта — на мясной завтрак больные отвечали большим количеством сока с повышенной рН.

В одну из поездок мне подарили оленя. Представьте себе спортивный зал школы. Все снаряды вынесены, установлены 8 столов, за которыми сидят врачи, мед. сестры и лаборанты, берущие кровь и мочу для анализа. Идет обычная работа. Вдруг шум, врывается женщина и кладет мне на стол куль из оленьих шкур с ребенком. Девочка лет 4-х, цианотичная, хрипит так, что слышно на расстоянии: бронхи забиты слизью. Электроотсосов нет, трахеотомия с интубацией? Но нечем. Начинаю удалять слизь ртом, при этом думаю о том, что 30% местного населения больны туберкулезом и сифилисом, массирую грудную клетку, удаляю слизь. Нашли кордиамин и камфору. Народ кругом оцепенел, только одна медсестра сохранила адекватность — принесла стакан спирта и марганцовки, чтоб я прополоскал рот. Ребенок порозовел, стал дышать. Девчонку растерли, отпоили теплым сладким чаем и перевели в больницу. Местные жители всеми возможными способами выражали благодарность. Отец ребенка обратился ко мне: «Посмотри в окно, там стоит твой олень — это благодарность за спасение моей дочки. У меня родилось 4 девочки, и 3 умерли. Эта была моей последней надеждой». Я, конечно, поблагодарил, но отказался от такого щедрого подарка.

Жизнь населения Севера очень отличается от «среднеевропейской», но за многие века они прекрасно адаптировались к суровым условиям и многое, что кажется в их жизни европейцу «дикостью», на самом деле является необходимым условием выживания. Нательное белье имело далеко не у всех чукчей, меняли его нечасто. Дети носили оленьи комбинезоны, между ног имелся клапан, вместо подгузников клали мох, который меняли при необходимости. При этом при осмотрах мы практически не видели кожных заболеваний. Не смотря на отсутствие регулярно работающей бани, кожа была чистой. Как после выяснилось, раз в неделю, а то и чаще они обтирались детской мочой (а она имеет кислую реакцию). При плановом осмотре в интернате детей оленеводов оказалось, что у большинства сильный недостаток витамина С. Анализ делали в субботу, а в воскресенье приехали навестить детей родители. Привези гостинцы, в которые входили куски капальхины (мясо моржа, заготовленное летом и пролежавшее 2–3 месяца в земле, где проходили процессы брожения и начиналось гниение, появлялся неприятный запах). Дети жадно накупились на это «лакомство». Опытный главный врач интерната предложил нам вновь проверить содержание витамина С. Представьте наше удивление, когда в анализах всех детей витамин С оказался в пределах нормы, даже у тех, у кого при первом обследовании он практически отсутствовал. Но, честно говоря, у меня, не смотря на слабость и астению, не было никакого желания погрызть сырого капальхины.

Ни у одного жителя оленеводческих стойбищ гипертония выявлена не была. При этом у работников оленеводческих колхозов, казалось бы, живущих в более цивилизованных условиях, в более чем 30% случаев регистрировалась гипертония. Безусловно, не только изменение образа жизни, но и алкоголь «порождали» гипертонию. В какой-то из праздников мы пошли в магазин и купили бутылку шампанского. Мой старый знакомый, местный житель, сказал на это: «Беги скорей в соседнюю лавочку, там есть

«Тройной одеколон». Стоит дешево, с одного флакона сразу захмелеешь и в течение 3 дней ощущаешь приятный запах при икоте».

Через 3 года пребывания на Севере я вернулся в Альма-матер. И начал с курса повышения квалификации в ЦИУВ на кафедре академика профессора Б.Е. Вотчала, который организовал на кафедре курс по клинической фармакологии. Клиническая фармакология увлекла меня навсегда. Несмотря на то, что в аспирантуру я вернулся к В.Х. Василенко, тема кандидатской была «К вопросу о механизме действия некоторых мочегонных препаратов у больных с недостаточностью кровообращения». В январе 62 г. я нашел в «Index Medicus» работу, описывающую новое лекарственное средство, блокирующее альдостероновые рецепторы. Оно проходило клинические испытания. Я попросил В.Х. Василенко написать письмо заместителю начальника аптекоуправления СССР Г.И. Барановой, и она достала 200 таблеток альдактона. В настоящее время я бы не имел права сделать этого, так как не было разрешения фармкомитета Минздрава о применении лекарства на пациентах. А тогда я нашел всю необходимую информацию в американской литературе, выяснил, что структура препарата схожа с альдостероном, что объясняло его конкурентное действие за альдостероновые рецепторы. За год я применил препарат более чем на 60 пациентах с сердечной недостаточностью. Статья была опубликована в «Клинической медицине» и это была первая в мире публикация по альдактону. Я защитил диссертацию, стал ассистентом на кафедре пропедевтики, направили меня работать на базе кафедры в 23 больнице, где мы сейчас и беседуем. Я продолжил исследования по изучению сердечной недостаточности, состояния симпатoadренальной и ренин-ангиотензиновой систем у больных. В сентябре 70 г., в свой день рождения, я защитил докторскую диссертацию. Параллельно с этим вышла в свет монография «Хроническая недостаточность кровообращения» (Сивков И.И., Кукес В.Г., Меньшиков В.В.), за которую мы впоследствии получили премию АМН им. Г.Ф. Ланга. В 71 году выходит письмо ВОЗ о необходимости развития клинической фармакологии как самостоятельной медицинской науки. Указываются ее задачи, где основным пунктом является подготовка новых кадров — обучение студентов и врачей правильному применению лекарственных средств. И когда ректор 1-го МОЛМИ им. И.М. Сеченова профессор М.И. Кузин вызвал меня и спросил о планах на будущее, я показал ему письмо ВОЗ. Он сказал, что самое простое решение — организовать при ЦНИИЛе на базе кафедры пропедевтики отдел по клинической фармакологии. И уже через 2 месяца вышел приказ о создании первого в СССР научного подразделения по клинической фармакологии. Я с волнением рассказал В.Х. Василенко об этом, и он сказал, что я выбрал правильный путь, тут же рассказав случай из его практики во время Великой Отечественной, когда он был главным терапевтом армии: «Планировалось большое танковое сражение под Прохоровкой, туда нужно было перекинуть танки. Танкисты были уставшими, а путь им предстоял более 100 км. Я назначил им психостимулятор по 1 таблетке. 75% танкистов тронулись в путь, а 25% уснули. Для меня это плохо могло кончиться, но, к счастью, наши под Прохоровкой победили, в то же время немцы начали прорыв к главному штабу и те «проспавшие» танки спасли положение».

Получив такое благословение, я ринулся в бой. Клиническая фармакология и сейчас-то очень молодая наука — всего 35 лет, а в 71 году, когда мы для того чтоб понять, что делать, решили посмотреть, что уже сделано, то обнаружили, что практически нет никакой информации по фармакокинетике, взаимодействию подавляющего большинства препаратов. Удалось сделать очень многое. Сегодня клиническая фармакология не просто знает, как действует большинство лекарств, но и может предсказать, как конкретный больной отреагирует на лекарство.

Беседовала А. Власова

В 60-х годах прошлого века было предложено аортокоронарное шунтирование. Метод, который совершил революцию в кардиологии. Принцип его состоит в том, что место стеноза обходится и подшивается шунт ниже места стеноза. Но операция тяжелая, не все ее могли тогда, да и сейчас не все могут перенести. Хотя техника развивается. Революцией стал 1977 г., когда Грюнциг, тогда молодой человек, он и сейчас еще жив, предложил проведение ангиопластики, смысл которой состоит в том, что через катетер вводится стент, который расширяет коронарный сосуд. Не нужен наркоз, нужно только легкое обезболивание места пункции. Очевидными преимуществами интервенционного метода являются малоинвазивность, сокращение восстановительного периода, экономическая эффективность. Однако эта методика имеет один существенный недостаток — повторное сужение сосуда, называемое рестенозом, частота которого может достигать 50% при обычной ангиопластике. Применение стентов позволило почти вдвое снизить частоту рестеноза, но его уровень по-прежнему оставался недопустимо высоким.

Казалось бы, все проблемы решены, у нас есть два прекрасных метода — можно убрать бляшку, разрушить ее, вставить стенты, давать профилактическое лечение аспирином и плавиксом для усиления эффекта и предотвращая тромбозы стента. На самом деле, так и считали многие, что проблема решена. Давайте теперь посмотрим, как эта проблема решена для разных групп больных с ишемической патологией сердца. Рассмотрим отдельно острых больных и хронических больных.

Если смотреть патоморфологически, то бляшка сначала начинает разрушаться изнутри, в ней идут процессы воспаления, которые могут прорывать бляшку. Если бляшка прорывается, то на ее поверхности образуется большой тромб. Если этот тромб закрывает полностью просвет сосуда, то у человека развивается инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST на ЭКГ — большой трансмуральный инфаркт миокарда. Если тромб неакклюзирующий, то развивается инфаркт миокарда без подъема сегмента ST как вариант с депрессией сегмента ST. Прогноз у этого инфаркта может быть очень серьезный. Эти случаи близки, но отличаются по тактике очень сильно. В случае, если просвет полностью закрыт тромбом, открыть сосуд либо ангиопластикой, либо тромболитисом абсолютно необходимо. Успехи тромболитиса были показаны давно, но сегодня говорить о тромболитисе даже как-то неприлично, потому что ангиопластика абсолютно затмила по эффекту проведение тромболитиса. На сегодняшний день — вот метаанализ Килей: 23 исследования сравнения тромболитиса и ангиопластики провели еще в 2003 году; они показали, что ангиопластика по всем конечным точкам гораздо более эффективна, чем тромболитис. И с тех пор есть рекомендации Европейского, Американского обществ кардиологов, что всем больным с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST в первые 12 часов инфаркта миокарда в течение 90 минут от первого контакта с врачом показана экстренная ангиопластика.

Но остаются во всем мире организационные вопросы: «А как это сделать? Как доставить больного?» Это в первую очередь проблема практическая, во многом транспортная. Она решается везде по-разному: чем меньше территория, чем разумней организация, тем лучше решается. Одно из таких прогрессивных мест — Чехия, где драматически снижается летальность — это разумное распределение. Буквально несколько дней назад я была в Татарстане, где министр здравоохранения сказал, что у них будет не хуже чем в Чехии, там по той же модели строится оказание помощи. В больших странах, мегаполисах это сложно решить. Но прогресс в решении этих вопросов есть.

Возникает вопрос: всегда ли ангиопластика перед тромболитисом имеет преимущество? А если мы не можем за 90 минут открыть сосуд, если мы будем 12 часов везти больного, то стоит его везти для ангиопластики или стоит делать тромболитис, то есть лекарственно открывать сосуд? Все это подсчитали, оказалось, что разумное время задержки — 110 минут, по другим подсчетам — 120 минут. То есть если мы за 2 часа привезем больного, то ангиопластика имеет преимущество перед тромболитисом в среднем. Чем легче больной, чем короче время от начала болей, тем скорей можно провести тромболитис. Чем тяжелее больной, больной с кардиогенным шоком, его нужно быстрее везти на ангиопластику уже независимо от сроков, потому что риск умереть огромный, а эффект тромболитиса незначительный. В мире было много предложений по комбинации. Давайте быстро сделаем тромболитис, а пока будет больной ехать, лекарство будет уже действовать — потом сделаем ангиопластику. Вполне разумное предложение. Вышло исследование ASSENT 4 и оказалось, что такой комбинированный подход только увеличивает летальность. Почему? В Ланцете вышла статья с названием «Утерянный рай», такая хорошая идея была разрушена. Вероятны причины — активация тромбоцитов — тромболитики активируют тромбоциты и на этом фоне

проведение ангиопластики затруднено. Возникло предложение в связи с этим: если не можем быстро донести на ангиопластику в течение 2 часов, то давайте сделаем тромболитис, а ангиопластику — если есть эффект от тромболитиса, а если нет эффекта, то не повезем совсем. Но если есть эффект, ангиопластику немножко отложат, на 5–6 часов, может быть, иногда на 12 часов, это называется фармакоинвазивный подход. Этот подход занимает в мире достойное место за последний год. Это для тех случаев, когда мы не можем вовремя сделать коронарную ангиопластику.

ОПЕРАТИВНОЕ ИЛИ КОНСЕРВАТИВНОЕ ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ С КОРОНАРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ?

Е.Ю. Васильева

Выступление на Школе им З.С. Баркагана

«Вопросы клинической гемостазиологии в практике врача» в рамках XVI Российского национального конгресса «Человек и лекарство»

Мы проанализировали данные нашей клиники: вошло в исследование 665 больных с острым инфарктом с подъемом сегмента ST, госпитализированные в первые 12 часов, тромболитис был проведен у 333, первичная ЧТКА у 175, тромболитис + ЧТКА в течение 3 часов — 3 дней у 191 больного. Стентирование в 99% случаев. Результаты очень хорошие и по летальности — при комбинированном подходе летальность такая же, как при первичной ангиопластике, — и по частоте рецидива инфаркта, и по недостаточности кровообращения, и постинфарктной стенокардии. Конечно, такой подход возможен только когда мы имеем дело со стабильным больным. Аналогичные результаты получены в исследовании Transfer AMI: стандартную терапию получили 496 больных, фармакоинвазивную терапию — 508. Первичные конечные точки: 30-дневная смертность, повторный инфаркт миокарда, сердечная недостаточность, рецидивирующая ишемия миокарда, шок. Через 12 часов после начала болезни тромболитис проводить бессмысленно, показано только проведение ангиопластики.

А вот относительно новый прием — мы просто отсосали тромб шприцем из полностью акклюзированной артерии. Примитивнейший прием.

Это все было сказано относительно крупноочагового инфаркта. При относительно малом инфаркте, без подъема сегмента ST — хотя это не так, сосуд может в любой момент закрыться, — больные приезжают к нам через месяц. Когда посмотрели — оперировать или нет — то в исследовании FRISK II через 5 лет оказалось, что инвазивный и неинвазивный подход давали примерно одинаковый результат. Но что такое инвазивный и неинвазивный подход в мировой практике? Инвазивный — это когда всех больных берут и оперируют, а неинвазивный — когда оперируют только по жестким показаниям. И только при таком подходе статистика одинаковая. Но если больных разделить по группам по разным критериям, например, по депрессии сегмента ST, по высокому тропонину на тяжелых и нетяжелых — исследование ICTUS: смерть или инфаркт миокарда в группах различного риска, — то оказалось, что при инвазивном подходе и инфаркты миокарда, и смертность достоверно ниже. То есть опять — чем тяжелее больной, тем больше ему показано оперативное лечение. Но даже при неинвазивном подходе практически половину больных оперируют. Таким образом, если говорить об инфаркте миокарда без подъема сегмента ST, то нужно стратифицировать риск, насколько тяжелый больной.

В целом тактика такова: инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST — оперировать всех и как можно быстрее, при инфаркте без подъема сегмента ST — по показаниям, чем тяжелее больной, тем безусловно ему более показана операция.

А что же делать с хроническим больным? Сейчас в мире началось огромное количество судов, особенно в Америке. Оказалось, что пациенты не были информированы о том, на что повлияет операция — на улучшение самочувствия или на улучшение прогноза. Для большой категории больных операция только улучшит самочувствие. Поэтому на сегодняшний день надо очень четко различать цели лечения:

- Улучшение прогноза:
 - Снижение смертности
 - Снижение риска ОИМ
- Улучшение самочувствия:
 - Урежение приступов стенокардии
 - Улучшение толерантности к физической нагрузке

Каждый метод лечения дает разный результат. Врач не в праве решать за пациента, что ему важно. Есть пациенты, которые не могут пройти 100 метров без отдыха, но так хорошо к этому приспособились, что не хотят оперироваться. А есть пациенты, у которых приступы стенокардии бывают раз в 3 месяца, но их и это не устраивает, они хотят оперироваться. А ведь среди методов лечения есть и изменение образа жизни, медикаментозная терапия

Исследование по ангиопластике COURAGE, включено 2287 пациентов. Оказалось, что влияние на выжи-

вание после медикаментозной терапии и ангиопластики одинаковое. При сравнении групп ЧКВ и медикаментозной терапии значимые различия получены за 1 год ($p < 0,001$) и 3 года ($p = 0,02$), но не исходно и не за 5 лет. При сравнении эффективности ангиопластики и консервативной терапии (мета-анализ 6 рандомизированных исследований) оказалось, что и медикаментозная терапия, и ангиопластика, и шунтирование хорошо улучшают качество жизни, а во влиянии на прогноз выявляются различия только небольшие при шунтировании, и то они выявляются только через 5 лет. На сегодняшний день по Рекомендации Европейского Общества кардиологов ангиопластика при хроническом течении коронарной патологии рекомендуется только для улучшения симптоматики.

Есть одно небольшое исключение, есть подисследование которое чуть-чуть успокаивает страсти: когда посмотрели влияние на летальность медикаментозной терапии и реваскуляризации в зависимости от обширности зоны ишемии при стресс-тесте (10 627 больных без инфаркта миокарда в анамнезе), оказалось, что если эта зона больше 20%, то в этих случаях операция шунтирования и ангиопластика улучшают не только качество жизни, но и прогноз. А если мы делаем операцию больному, у которого очень небольшой процент миокарда вовлекается, то медикаментозная терапия достоверно лучше влияет на прогноз, чем ангиопластика и шунтирование. Просто потому, что никто не отменял операционную летальность.

А если мы не оперируем, то изменение образа жизни влияет так: прекращение курения — уменьшение на 25–35%, диета по типу средиземноморской — уменьшение на 15–20%, умеренное употребление алкоголя — на 20%, регулярные физические нагрузки — на 25%.

Медикаментозное лечение улучшает самочувствие без влияния на прогноз; нитраты — абсолютно не влияют на прогноз, более того — могут ухудшать его, если применяются длительно и в больших дозах. Улучшение прогноза — безоговорочно влияют дезагреганты — аспирин и плавикс, статины. Влияние β -адреноблокаторов и ингибиторов АПФ — под вопросом. Статины увеличивают содержание коллагена в бляшке, стабилизируют бляшку, кроме того, снижают холестерин, влияют на тромбоциты. К какому уровню холестерина стремиться? Различные исследования на сегодня показывают, что ХС ЛПНП нужно иметь меньше 2 ммоль/л, ЛПНП < 70 г/дл. Кроме того, на риск инфаркта миокарда влияет наличие воспалительного процесса, хронической инфекции в организме. Например, наличие пародонтоза, ревматоидного артрита достоверно повышает этот риск. Есть исследование, показавшее, что сочетание повышенного уровня холестерина или ЛПВП и С-реактивного белка значительно повышает риск по сравнению с отсутствием повышения СРБ.

В последних рекомендациях АСС/АНА по лечению пациентов с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST также есть пункт и о ежегодной вакцинации от гриппа (I B). Таким образом, основа лечения коронарной болезни хронического течения — образ жизни. Если больной неудовлетворен качеством жизни или у него очень значимая ишемия, то проводится ангиопластика. В тех случаях — а это очень небольшой процент — когда технически невозможно провести ангиопластику, проводится АКШ.

Большинство стран сегодня всерьез заняты профилактической помощью; к сожалению, Россия очень отстает. На сегодняшний день в Москве летальность от инфаркта миокарда составляет 19%. Это при том, что естественная летальность — 30%, а летальность в хороших центрах — 5%.

Внимание!

**В издательстве НЬЮДИАМЕД
вышла новая книга!**

**ЗАТРАТЫ,
КАЧЕСТВО
И РЕЗУЛЬТАТЫ
В ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

КНИГА ТЕРМИНОВ ISPOR

РЕДАКТОРЫ:
Мари А. Баргер
Курстин Бинтфорд
Эдвин С. Хидблом
Крис Л. Павлок
Джозеф В. Торранс

ОТВЕТСТВЕННЫЙ
РЕДАКТОР:
Марилан Дюкс Смит



Международное общество
фармакоэкономистов
и клинических фармакологов

ПРОТОКОЛЫ МГНОТ

**ПРОТОКОЛ СОВМЕСТНОГО ЗАСЕДАНИЯ
АНГИОЛОГИЧЕСКОЙ И
КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ СЕКЦИЙ МГНОТ
от 18 декабря 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:

«Сахарный диабет — междисциплинарная проблема».

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

1. Проф. М.Г. Глезер (ММА им. И.М. Сеченова)
«Сахарный диабет как мультидисциплинарная проблема».
(Взгляд кардиолога).

Показано, что сахарный диабет является мультидисциплинарной проблемой. При сахарном диабете развиваются ССЗ (миокардиодистрофия, ГЛЖ, артериальная гипертония, микро- и макрососудистые осложнения), метаболический синдром (ожирение, углеводные и липидные нарушения), заболевания нервной системы (периферическая и вегетативная нейропатия), а также иммунные нарушения (склонность к инфекции). Макрососудистые осложнения (инфаркт миокарда, инсульты) при сахарном диабете составляют 65% от числа других заболеваний. Риск развития ИМ у пациентов с сахарным диабетом в 2,5–5 раз выше, чем в общей популяции. В 55% случаев причиной смерти у таких больных являются ССЗ. Для улучшения данной ситуации необходим не только агрессивный контроль артериального давления и липидных нарушений, но и мероприятия, направленные на замедление или регресс структурно-функциональных нарушений ССС, следует проводить более тщательно. Изложены основные принципы лечения артериальной гипертонии при сахарном диабете: терапия только комбинированная (базовыми препаратами являются иАПФ или сартаны + антагонисты кальция, диуретики, БАБ). Учитывая некоторые неблагоприятные эффекты БАБ (увеличивая вес, способствуют снижению выработки инсулина и вызывают развитие инсулинорезистентности), больным сахарным диабетом лучше назначать карведилол или небиволол, повышающие чувствительность тканей к инсулину. Показаны готовые лекарственные формы, содержащие комбинацию антагонист кальция + иАПФ (Марка или Экватор) или антагонист кальция + сартан (Эксфорж). Интенсивная терапия ССЗ и жесткий контроль артериального давления (целевой уровень <130/80 мм рт. ст.) снижают риск развития ССО, уменьшая число смертельных исходов на 9–21%. В комплексную терапию обязательно следует включать статины (под контролем липидного спектра крови), снижающие риск развития сердечно-сосудистых осложнений у больных СД 2 типа на 24–36%. Антиагреганты (аспирин и др.) также назначаются при необходимости, особенно они показаны тем больным, которые направляются на оперативные вмешательства. Акцентировано внимание на то, что терапия ССЗ и МС проводится на фоне таких профилактических мероприятий, как правильное питание, исключение алкоголя и никотина, адекватная физическая нагрузка, постоянный контроль глюкозы и т. д.

Вопросы к докладчику:

Вопрос: «Сколько больной должен потратить денег на лечение АГ и ИБС, ведь препараты, которые Вы рекомендуете, очень дорогие?»

Ответ: «Не могу ответить на Ваш вопрос, т. к. экономической стороной не занимаюсь, дело это не врачебное».

Вопрос: «Что значит адекватная физическая нагрузка?»

Ответ: «Дозированная физическая нагрузка».

Вопрос: «Какие микрососудистые поражения развиваются у больных СД?»

Ответ: «Об этом говорилось в докладе — нефропатия, ретинопатия и «диабетическая стопа».

Вопрос: «Повторите состав препарата «Эксфорж».

Ответ: «Эксфорж является комбинированным готовым препаратом и содержит АК (амлодипин) + сартан (валсаритан).

2. Проф. Т.Ю. Демидова

(кафедра эндокринологии и диабетологии РМАПО).

«СД 2 типа — междисциплинарная проблема».

(Взгляд эндокринолога).

В докладе обсуждается проблема СД 2 типа. «Молчаливый убийца» — так определяют эндокринологи сахарный диабет. У 30% больных СД 2 типа заболевание остается невыявленным, а у 50% на момент его диагностики уже имеются макро- (ССЗ, инсульт, ХСН) и микро- (ретинопатия, нефропатия, нейропатия) сосудистые осложнения. Подчеркнуто, что СД — проблема всех стран. Заболевание возникает в любом возрасте и способствует развитию тяжелых, фатальных осложнений (слепота возникает каждые 90 мин., ИМ — каждые 19 мин., инсульт — каждые 12 мин.). Своевременная диагностика СД и адекватное лечение, приводящее к снижению только на 1% гликолизированного НВАЛс, глюкозы натощак до уровня <6,0 ммоль/л, липидного профиля — ОХ <4,8 ммоль/л и ТГ <1,7 ммоль/л, АД <130/85 мм рт. ст., способствует уменьшению связанных с диабетом осложнений на 14–43%. Изложен алгоритм лечения перечисленных осложнений СД 2 типа. Лечение ретинопатии (в основном показана лазерная фотокоагуляция сетчатки), нефропатии (необходимо ограничение потребления белка с пищей), нейропатии следует проводить на фоне интенсивного гликемического контроля, агрессивной модификации липидов, жесткого контроля АД (при АГ назначаются комбинации АГП) и раннего назначения метформина (М). 10-летний опыт применения М у больных СД 2 типа свидетельствует о преимуществе эффекта лечения, риск развития макро- и микрососудистых осложнений снижается на 7–16%, а смертность на 11%. В комплексную терапию рекомендуется



включать статины, фибраты (наиболее эффективен препарат Трайкор), которые также снижают риск возникновения тяжелых осложнений (например, потребность в операции лазерной коагуляции у больных с ретинопатией уменьшается на 37%, регрессия диабетической нефропатии наступает у 14%–18% больных, а частота ампутаций конечности, по причине «диабетической» стопы снижается на 47%). Статины и фибраты уменьшают атерогенную дислипидемию, улучшают микроциркуляцию и функции эндотелия.

Вопросы к докладчику:

Вопрос: «Если у больного выявлен СД 2 типа и нет возможности его сразу же направить к эндокринологу, терапевт может назначить Трайкор?»

Ответ: «Да, терапевты могут и должны его назначать».

Вопрос: «Осложнения или нежелательные побочные эффекты могут быть при лечении Метформином?»

Ответ: «Нежелательные побочные эффекты бывают от любого препарата, даже сахар дает осложнения».

Вопрос: «Лазерная фотокоагуляция сетчатки может давать нежелательные побочные эффекты?»

Ответ: «Да, это инвазивная процедура и связана с риском разрушения здоровых тканей».

3. Проф. В.А. Парфенов (ММА им. И.М. Сеченова).

«Неврологические расстройства у больных СД».

(Взгляд невролога).

СД — фактор риска развития различной патологии нервной системы. При СД часто возникают сосудистые заболевания головного мозга (ТИА, инсульты), заболевания пери-

Продолжение на стр. 6

ИнтерНьюс

Онищенко призвал возродить систему принудительного лечения алкоголиков

Главный санитарный врач РФ Геннадий Онищенко считает, что в России необходимо возродить практику принудительного лечения алкоголизма. По словам Онищенко, для оказания медицинской помощи страдающим алкоголизмом следует восстановить систему специализированных учреждений, в частности лечебно-трудовых профилакториев. Кроме того, глава Роспотребнадзора отметил, что антиалкогольная кампания должна быть долгосрочной и обращаться прежде всего к молодежи. Онищенко пояснил, что необходимо проводить контроль за соблюдением законодательства, запрещающего продажу алкоголя несовершеннолетним, а также комплекс мер, направленных на формирование здорового образа жизни, в том числе социальная реклама. Главный санитарный врач также отметил, что увеличение производства слабоалкогольных напитков в России не приводит к сокращению потребления крепкого алкоголя. По его словам, с 1999 года наряду с ростом потребления россиянами пива увеличилось и количество выпиваемых крепких напитков. По данным Онищенко, уровень потребления россиянами алкогольной продукции в среднем составляет 18 литров чистого спирта в год на человека при минимальном уровне — 13 литров, максимальном — 23. Глава Роспотребнадзора отметил, что в России ежегодно производится 131 миллион декалитров водки, а с учетом объемов нелегального производства эта цифра увеличится вдвое.

Источник: Эхо Москвы

С Нового года Россия отказалась от единого социального налога

Россия перешла на полноценное социальное страхование, отказавшись от единого социального налога. Теперь работодатели будут напрямую, минуя федеральный бюджет, перечислять взносы на своих сотрудников во внебюджетные фонды — пенсионный, социального страхования и обязательного медицинского страхования. Начнем с того, что значительно увеличатся суммы выплат по больничным листам, а также пособия по беременности и родам и по уходу за ребенком. Заметно увеличится — на 85% — и пособие по уходу за ребенком до 1,5 лет. Еще одна хорошая новость — с этого года, если на расчетном счете предприятия не будет денег и оно находится в трудной экономической ситуации, то работники могут получить пособия в территориальных отделениях Фонда социального страхования. Также с нового года ФСС перестает оплачивать нестраховые случаи. Например, до сих пор фонд финансировал отдых детей работающих родителей. Теперь это обязанность региональных властей. Повысится с этого года и жизненный уровень пенсионеров. И только в здравоохранении с переходом на страховые принципы существенных перемен в этом году не ожидается. Как пояснил глава фонда обязательного медицинского страхования Андрей Юрин, результаты нововведения люди почувствуют на себе с 2011 г., когда произойдет увеличение ставки обязательного медицинского страхования с 3,1% до 5,1% — более чем в полтора раза, сообщает «Российская газета».

Источник: Деят.ру

Минздрав Чечни уволил десять главврачей по результатам переаттестации

Десять руководителей медицинских учреждений Чеченской Республики были уволены по результатам проверки на профпригодность. По данным министра, 67 из 77 главврачей республиканских больниц успешно прошли проведенную ведомством аттестацию, 10 руководителей были освобождены от занимаемых должностей. Ахмадов отметил, что на освобожденные должности ведется подбор кандидатов. Кроме того, министерство решает вопрос о трудоустройстве уволенных медиков. Внеочередная аттестация глав медицинских учреждений республики была проведена по приказу президента Чечни Рамзана Кадырова. Причиной проверки стали поступившие от населения многочисленные жалобы на работу учреждений и медицинского персонала. В частности, в ночь в 6 на 7 декабря 2009 г. служба скорой помощи Грозного в течение 2 часов не отвечала на звонки граждан. По итогам расследования инцидента главный врач городской станции скорой помощи был уволен с занимаемой должности. Для оценки профессионализма руководителей других медицинских учреждений Кадыров приказал минздраву республики провести их переаттестацию.

Источник: www.chechnya-invest.ru

3.С. Баркаган, А.П. Момот
ДИАГНОСТИКА И КОНТРОЛИРУЕМАЯ ТЕРАПИЯ НАРУШЕНИЙ ГЕМОСТАЗА
Издание 3-е
Издательство «Ньюдиамед»
2008 г.

В справочном пособии в сжатой и доступной форме представлены данные об основных компонентах и механизмах функционирования системы гемостаза в норме и при наиболее часто встречающихся в практике врача патологических нарушениях в разных звеньях этой системы — при различных видах кровоточивости, ДВС-синдроме, тромбозах и тромбофилических состояниях. Подробно описываются методы лабораторной диагностики и контроля за гемостатической и антиагрегантной терапией. При этом предпочтение отдается наиболее доступным и, вместе с тем, достаточно информативным методам исследования.

Книга рассчитана на клиницистов, практикующих врачей разных специальностей и врачей-лаборантов, поскольку геморагии, тромбозы и ДВС-синдромы занимают одно из доминирующих мест в патологии человека.

Заявки на приобретение можно направлять по адресу:
115446, Москва, Коломенский пр., д. 4, а/я 2, ООО «МТП НЬЮДИАМЕД»
Тел/факс (499) 782-31-09
E-mail: mtpndm@dol.ru

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

ИнтерНьюс

Татьяна Голикова обещает

На реализацию приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения «Здоровье» в бюджете 2010 г. предусмотрено 144,4 млрд рублей, заявила министр здравоохранения и социального развития, выступая на президиуме Правительства. Она сообщила, что те направления, которые реализовывались в рамках нацпроекта в 2009 г., продолжатся и в последующих годах. «Постановления, которые необходимы для сопровождения национального проекта, внесены в Правительство России. Первоочередными являются те, которые обеспечивают социальные выплаты населению», — сказала Министр. По ее словам, ключевые среди этих выплат — денежные выплаты участковым врачам и медицинским сестрам — 10 тыс. руб. и 5 тысяч рублей соответственно и выплаты работникам скорой медицинской помощи и фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП) (эти выплаты предусмотрены в рамках мероприятий нацпроекта по усилению первичного звена здравоохранения). Как отметила Татьяна Голикова, на эти цели в 2010 г. будет выделено 30 млрд рублей. Она пояснила, что количество врачей и медсестер участковых служб, которые будут получать эти выплаты, составит 160 342 человека, что почти на 7% больше, чем в 2009 г. Кроме того, 140 269 работников ФАПов и скорой медицинской помощи будут получать выплаты соответственно 6 тысяч и 3 тысячи рублей. По словам министра, к первоочередным относится также постановление Правительства о предоставлении субвенций регионам на лекарственное обеспечение льготной категории граждан. «На сегодняшний день все подготовительные процедуры с Минфином мы завершили. Количество граждан, которые выбрали натуральные льготы по лекарственному обеспечению, составляет на 1 октября 2009 г. 4,2 млн человек», — сказала Голикова. Кроме того, по ее словам, дополнительно будут выделены межбюджетные трансферты на сумму 12,9 млрд руб., которые позволят закрыть те потребности в лекарствах, которые испытывают льготники.

Источник: www.minzdravsoc.ru

Первая в Южной Корее пассивная эвтаназия заняла 202 дня

Пожилая жительница Южной Кореи, долгое время находившаяся в коме, умерла почти через 7 месяцев после отключения систем жизнеобеспечения. Она стала первой в стране пациенткой, которой официально была проведена пассивная эвтаназия. 77-летняя женщина по фамилии Ким находилась в коме с февраля 2008 г., когда сотрудники севильской больницы Severance констатировали смерть ее мозга. С этого момента работу других систем организма пациентки поддерживали аппараты жизнеобеспечения. 3 месяца спустя дети Ким обратились в суд с просьбой разрешить отключение этой аппаратуры. В декабре 2008 г. суд решил, что у больной нет шансов на выздоровление, и постановил удовлетворить ходатайство родственников. После этого руководство медучреждения, в котором находилась Ким, подало апелляцию. В мае 2009 г. верховный суд Южной Кореи рассмотрел и отклонил ее, оставив в силе решение суда нижестоящей инстанции. Системы жизнеобеспечения пожилой кореянки были отключены 23 июня 2009 г. Однако после их отключения пациентка продолжила дышать самостоятельно. Врачи констатировали смерть женщины 10 января 2010 г., спустя 202 дня после отключения медицинской аппаратуры.

Источник: medportal.ru

По России данных нет...

В прошлом году Латвию покинули почти в три раза больше медиков, чем в 2008 году. Об этом сообщила представитель Латвийского общества врачей Зане Упате. Так, если в 2008 г. страну покинуло 88 врачей, то в 2009 г. документы были выданы 234 медикам, которые собирались работать в других странах. Чаще всего на работу за границу отправляются анестезиологи, стоматологи, хирурги и травматологи. По словам Упате, больше всего врачей уезжает в Великобританию, меньше — в Германию, Швецию, Ирландию, Данию и Финляндию.

Источник: medportal.ru

Начало на стр. 5 ➤

ферической нервной системы (монойропатии, полинейропатии), когнитивные расстройства (КР) — первые и типичные проявления хронического сосудистого поражения головного мозга при СД. Изложен алгоритм диагностики (проводится клинико-нейропсихологическое и инструментальное, включая КТ или МРТ головы, обследование) и лечения (эффективное лечение СД, сопутствующих заболеваний и назначения лекарственных препаратов, таких как Танкан, Акагинол, Метантин) КР у больных СД.

Вопросы к докладчику:

Вопрос: «Какие наиболее частые причины развития КР у больных СД?»

Ответ: «Об этом в докладе говорилось, наиболее частой причиной КР у больных СД является лейкоцеа».

4. Проф. А.В. Чупин (кафедра хирургии, анестезиологии и эндоскопии ФГУЗ КБ № 83 ФМБА).

«Диабетическая полинейропатия».
(Взгляд сосудистого хирурга).

Показано, что более 60% трофических язв у больных СД имеют нейроишемический характер. Приведена сравнительная характеристика нейропатических (безболезненная, нормальная пульсация, ровные края, сухая теплая кожа, гиперемия стопы и др.) и нейроишемических (болезненная, пульсация отсутствует, края неровные, стопа цианотичная и др.) язв стопы. Подчеркнуто, что все больные СД и трофическими язвами должны быть обследованы на предмет заболеваний периферических артерий, включая проведение ангиографии с обязательным контрастированием артерий стопы и голени. При отсутствии клинического улучшения язвы на фоне консервативного лечения показана реконструктивная сосудистая операция и СД не является противопоказанием для проведения оперативных вмешательств.

5. К.м.н. М.В. Борщевская (кафедра клинической функциональной диагностики ФУВ РГМУ).

«Место Зофиноприла в лечении АГ у больных с сахарным диабетом».

АГ развивается при СД в 2–3 раза чаще, чем в общей популяции и взаимосвязь ее возникновения установлена с ИР/СД. Изложен механизм антигипертензивного действия ИАПФ, дана химическая классификация и перечислены показания для их назначения (АГ, ХСН, дисфункция ЛЖ, ИБС, СД/МС, диабетическая нефропатия, МА, ГЛЖ и т. д.). Из существующих препаратов, рекомендуемых для лечения АГ у больных СД, предпочтение следует отдавать Зофиноприлу (иАПФ), его эффект составляет 70% (в основном за счет антиоксидантной активности). Частота развития ССО, включая тяжелую ХСН и смерть, у больных СД на фоне лечения Зофиноприлом значительно снижается (результаты исследования SMIJE).

Вопрос к докладчику: «Внезапная отмена препарата приводит к синдрому «отмены»?»

Ответ: «Отмена лечения Зофиноприлом не приводит к синдрому «отмены»».

б. К.м.н. А.В. Зилова

(кафедра эндокринологии, ММА им. И.М. Сеченова).

«СД 2 типа, подходы к лечению микроангиопатии».

Изложены 3 этапа лечения СД 2 типа, задача которых направлена на улучшение качества жизни пациентов и снижение риска «быстрого» развития микроангиопатии. Для выполнения этих задач необходимо проведение общих принципов: нормализация гликемии (гипергликемия является основным повреждающим фактором развития микроангиопатии), контроль за АД (АГ повышает риск развития или прогрессирования ретинопатии и нефропатии), а также необходимо своевременно назначать фенофибраты. Фенофибраты эффективны не только для лечения СД 2 типа, но и для профилактики его осложнений. Подчеркнуто значительное преимущество препарата «Трайкор», снижающего развитие/прогрессирование ретинопатии на 79%, нефропатии — на 18%, нейропатии — на 48% и уменьшает число ампутированных на 47%. В заключение акцентировано внимание на то, что классические подходы в профилактике микроангиопатий остаются незаменимыми, имеющиеся стандарты их лечения и профилактики следует выполнять, однако необходимо внедрять более активно новые доказанные схемы лечения.

Заключение.

В заключение М.П. Савенков поблагодарил докладчиков за блестящие и информативные сообщения по СД, которые очень нужны терапевтам. Ведь известно, что главная ответственность ложится на терапевтов, к которым первоначально, да и в дальнейшем обращаются больные с СД.

Вторая часть заседания была посвящена вручению сертификата действительного члена ангиологической и кардиологической секций МГНОТ слушателям, посетившим все 9 заседаний в 2008 году.

ПРОТОКОЛ СОВМЕСТНОГО ЗАСЕДАНИЯ АНГИОЛОГИЧЕСКОЙ И КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ СЕКЦИЙ МГНОТ от 20 ноября 2008 года.

Сопредседатели секций: член-корр. РАН, академик РАМН, проф. Ю.Н. Беленков, академик 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: «Аневризмы сосудов».

Заседание открыл М.П. Савенков. Кардиолог и терапевт должен знать, как поступать с пациентом при выявлении

аневризмы сосуда, сказал он. Прежде всего, следует знать, когда направлять больного на операцию и что делать с ним после оперативных вмешательств. Слово предоставил докладчику.

1. Проф. А.В. Чупин

(Центр сосудистой хирургии КБ № 83 ФМБА России).

«Диагностика и лечение аневризмы брюшной аорты».

Дано определение аневризмы брюшной аорты — увеличение диаметра аорты более чем в 2 раза в сравнении с нормой (в норме диаметр брюшной аорты в среднем составляет 18–20 мм). Аневризмы брюшной аорты составляют 45% от аневризм всех локализаций. Это одно из наиболее тяжелых и прогностически неблагоприятных заболеваний (в течение первого года после установления диагноза разрыв аневризмы возникает у 40% больных, летальность при этом достигает 80–90%). Представлена классификация аневризм брюшной аорты: по этиологии (врожденные, приобретенные); по клиническому течению (неосложненные, осложненные, расслаивающиеся) и изложена клиническая картина (ишиорадикулярный синдром, абдоминальный, урологический и синдром хронической ишемии нижних конечностей). Дан алгоритм диагностики аневризм брюшной аорты (УЗИ, особенно показано дуплексное сканирование, КТ, МРТ, рентгеноконтрастная ангиография). Определены показания и противопоказания к оперативному лечению. Показания к операции: аневризмы свыше 40 мм, симптомные аневризмы, увеличение ее размеров более 1 см в год; разрыв аневризмы. Противопоказания к открытой операции: терминальная стадия хронической почечной недостаточности (креатинин выше 200 мкмоль/л), наличие инсульта и инфаркта миокарда в анамнезе с давностью менее 6 месяцев, аневризма сердца, постинфарктный кардиосклероз с фракцией выброса менее 30%, недостаточность кровообращения II б–III ст. Подробно показаны хирургические методы лечения аневризм брюшной аорты (открытая операция или эндопротезирование брюшной аорты), дана схема их выполнения, включая механизм подбора стент-графтов. В заключение докладчик подчеркнул, что больным старше 50 лет рекомендуется проведение УЗИ брюшной аорты, при выявлении ее диаметра более 35 мм их следует направлять в сосудистое отделение для решения вопроса дальнейшего ведения. 65% больных, оперированных по поводу аневризмы брюшной аорты своевременно, доживают до 80 лет.

Вопросы к докладчику:

Вопрос: «Какие аневризмы брюшной аорты встречаются наиболее часто?»

Ответ: «Чаще всего встречаются приобретенные аневризмы, при этом атеросклеротические составляют 96%».

Вопрос: «Возраст имеет значение для оперативного лечения аневризм брюшной аорты?»

Ответ: «В таких случаях имеет значение не возраст больного, а его общее состояние».

Вопрос: «Ведение больных после открытой операции или эндопротезирования аневризмы брюшной аорты разное или одинаковое?»

Ответ: «Да, одинаковое, например, и тем и другим назначается пожизненно Тромбоасс».

Вопрос: «При висцеральном ожирении количество аневризм увеличено?»

Ответ: «Точной информации нет, предполагаю, что у данной категории больных аневризмы брюшной аорты встречаются чаще».

Вопрос: «При подозрении на расслаивание аневризмы как нужно уточнить?»

Ответ: «В таких случаях больного немедленно следует направить к сосудистому хирургу, а лучше в лечебное учреждение, где занимаются аневризмами».

Вопрос: «Если больной согласен на операцию, хирург объясняет ему, чем он рискует?»

Ответ: «Да, хирург обязательно все подробно объясняет, предупреждая и о том, что смертельный исход составляет 3–4%».

Вопрос: «Какие причины смерти в таких случаях?»

Ответ: «Наиболее часто — почечная недостаточность, несколько реже — коронарная болезнь и дыхательная недостаточность».

Вопрос: «Какова потеря крови при проведении открытой операции по поводу аневризмы брюшной аорты?»

Ответ: «Практически ни одной капли, у нас есть новый аппарат, с его помощью кровь центрифугируется и возвращается больному».

Вопрос: «Врач скорой помощи ориентирован, куда везти больного при развитии осложнений аневризмы брюшной аорты?»

Ответ: «Да, скорая помощь ориентирована. Телефон справочной службы, по которому можно получить информацию, куда везти больного в таких случаях: 8-499-725-44-40; 8-495-395-61-04».

Заключение.

М.П. Савенков поблагодарил докладчика за информативный доклад, отметив, что терапевты и кардиологи поняли, как помочь и спасти больного при выявлении аневризмы брюшной аорты. Порядок оказания мед. помощи и стандарт ее организации больным с аневризмой брюшной аорты существует, система действий в таких случаях определена, есть ряд документов (Приказы МЗ РФ № 564 от 15/10/2008 г. и № 410 от 11/08/2008 г.), которые врачи всех специальностей не только должны знать, но и выполнять. Пора организации работы по принципу «хочу, не хочу» прошла. Операция — процедура дорогостоящая, но в рамках высоких технологий государство обеспечивает их оплату. Однако деньги больной может получить в департаменте здравоохранения Москвы, если врач правильно обоснует необходимость оперативного лечения.

Поблагодарил всех за внимание.

АНТИРЕКЛАМА

Американское правительство пообещало выплатить 100 миллионов долларов тому, кто изобретет лекарство от лишних килограммов. Премия так и ждет будущего хозяина... Достанется ли кому-нибудь этот джекпот? Ученые сомневаются. Во-первых, эпидемия ожирения растет быстрее, чем ведутся разработки нового препарата. А во-вторых, полнота — это не болезнь, а нормальная реакция организма на обилие жирной еды и малоподвижный образ жизни. И вылечить от нее с помощью какого бы то ни было лекарства невозможно. Психологи считают, что у веры в хорошее лекарство, которое вот-вот появится, есть несколько неприятных последствий.

- Человек верит и ждет, а значит, не решает проблему, от этого бездействия вес только увеличится.
- Если худеющий испытывает нужду в лекарстве, значит, он соглашается с тем, что он болен. Психологически это очень опасно: иллюзия, что человек болен, действительно порождает болезни. Принимая добавки от лишних килограммов и убеждаясь в их неэффективности, худеющий начнет думать, что его болезнь очень далеко зашла.

Худеют ли от таблеток?

Мнимый больной

Никакое лекарство не сможет оградить нас от сладостей и деликатесов. И заставить больше двигаться оно тоже не сумеет. А ведь кроме огромной любви к вкусностям и созерцательному образу жизни, худеющие ничем не отличаются от «здоровых» худых. Они не страдают психическими расстройствами. Все органы и системы у них функционируют так же, как у стройных (исключение составляют лишь 2–3% полных, у которых причина лишнего веса — какое-то заболевание). Так от чего же их лечить? От нежелания пройти два лишних лестничных пролета? Или от соблазна залезть ночью в холодильник?

Но почему тогда везде рекламируются средства от лишнего веса? «В медицине действует правило: у болезни есть или одно хорошее средство лечения, или множество плохих», — объясняет доктор медицинских наук, диетолог и психотерапевт М. Гинзбург. — Не может быть много хороших средств: они просто не нужны. А рекламируются в основном биологически активные добавки к пище. Единственное исследование, которое они должны проходить, — это проверка на безопасность: отсутствие отравляющих веществ, солей тяжелых металлов или болезнетворных бактерий. Закон не требует подтверждать их лечебную активность. Если на добавке написано, что она снижает аппетит или задерживает всасывание жиров «и вообще способствует снижению веса», это не более, чем доброе пожелание производителя».

Трио «диет» от разных бед

Сейчас существует лишь 3 лекарственных средства, эффективность которых в борьбе с лишним весом клинически доказана. Это сибутрамин, орлистат и римоабант. Причем, последний препарат, римоабант, запрещен в России и США, так как после его применения у многих пациентов развивалась сильная депрессия, которая в некоторых случаях приводила к суициду. Во всем мире эти средства продаются строго по рецепту врача и рекомендуются далеко не всем худеющим, а только тем, чей индекс массы тела выше 30. «Лишние 5, 10, 15 и даже 20 кг — еще не показание к их приему! — восклицает доктор медицинских наук, председатель правления финского Общества исследователей ожирения Й. Каукуа. — У этих препаратов масса противопоказаний и побочных эффектов, а потому пить их, чтобы похудеть к лету или избавиться от последствий праздничного застолья, по меньшей мере неразумно».

По мнению Каукуа, выбор одного из трех лекарств всегда остается за врачом. Прежде всего потому, что механизм их действия отличается. Так, орлистат задерживает всасывание жира в тонком кишечнике, и жир перекочевывает в толстую кишку, где его быть не должно. В результате возникает кишечное расстройство, которое часто называют «жировым поносом».

Сибутрамин действует на центры аппетита в головном мозге. Уменьшает чувство голода и увеличивает чувство сытости, становится легче соблюдать диету, несколько ускоря-

ется темп похудения. Однако аппетит, пищевая мотивация очень тесно связаны с другими поведенческими реакциями. У людей, которые его принимают, также ухудшается настроение, нарушается сон. Может «скакать» артериальное давление, препарат противопоказан людям с артериальной гипертензией, стенокардией и сахарным диабетом.

Запрещенный в России римоабант снижает аппетит и чувство голода. Еда просто перестает приносить удовольствие. Самые частые побочные эффекты при приеме римоабанта — резкое ухудшение настроения, головокружения, тошнота.



Подсластите пилюлю

«От лишнего веса эти лекарства не избавляют, — говорит Й. Каукуа. — Речь может идти всего о 3–5 дополнительных сброшенных килограммах по сравнению с теми, кто худеет без таблеток! Более того, похудательный эффект появляется лишь при длительном приеме препаратов. Максимального результата приходится ждать год, иногда два. А таблетки недешевые, у них много побочных эффектов. Возникает вопрос — стоит ли игра свеч?»

Стоит, если мы хотим ускорить похудение, считает кандидат медицинских наук, эндокринолог А. Исаев. «Если дополнить медикаментозным лечением диету, килограммы начинают уходить быстрее, и у человека появляется ощущение, что от лишнего веса можно избавиться, что это не так уж сложно сделать. После того, как новый образ жизни и питания войдет в привычку, можно отменить препараты. Они нужны только как катализатор процесса».

А если пить таблетки, сидеть на диете, но не менять образ жизни? «Тогда после отмены лекарства килограммы вернуться, — говорит М. Гинзбург. — Принимая эти препараты, нельзя надеяться на чудо. Его не будет! Таблетки «подействуют», только если вы, глотая их, начнете соблюдать диету и больше двигаться. Впрочем, точно так же вы можете поступить, и не принимая лекарства. От лишнего веса не может быть хороших таблеток. В недалеком прошлом применение фепранона, мазиндола породило тысячи случаев болезненной зависимости. Вспомните, чем закончилось повальное увлечение ядовитой травкой морозником. Дескфенфлорамин, известный у нас, как изолипан, вызвал несколько сот смертельных случаев, связанных с поражением клапанного аппарата сердца. Сейчас мы имеем нарастающую проблему, связанную с нарушениями поведения и депрессиями вплоть до суицида. На очереди, думаю, маю, многократное учащение случаев рака толстой кишки... Избыточный вес принципиально не лечится лекарствами, потому что не является заболеванием. Если бы худеющие это понимали, то нашли бы лучшее применение своим деньгам».

Портал «Вечная молодость»
www.vechnayamolodost.ru

ИнтерНьюс

Ученые опровергли ретровирусную природу хронической усталости

Исследователи из Великобритании не смогли подтвердить связь синдрома хронической усталости с «мышинным» вирусом XMRV, относящимся к семейству ретровирусов. Вирусологические исследования, проведенные в британских лабораториях, не выявили наличия этого вируса в образцах крови 186 пациентов, страдающих этим заболеванием. Синдром хронической усталости — расстройство неясного происхождения, сопровождающееся необъяснимым психологическим и физическим утомлением, болями в мышцах и суставах, депрессией. Осенью прошлого года группа американских ученых сообщила об обнаружении в тканях пациентов с диагностированным синдромом хронической усталости следов ретровируса XMRV. Этот вирус циркулирует среди мелких грызунов и связан с развитием лейкоза у мышей. Публикация американских исследователей была с энтузиазмом встречена научным сообществом. Некоторые эксперты предположили, что новые данные дают основания для рассмотрения препаратов антиретровирусной терапии, используемых сейчас для лечения ВИЧ-инфекции, в качестве потенциальных средств лечения синдрома хронической усталости. Однако сотрудникам Королевского и Имперского колледжей в Лондоне не удалось воспроизвести результаты, полученные ранее американскими коллегами. Исследовав образцы крови 186 пациентов с синдромом хронической усталости методом полимеразной цепной реакции, они не смогли обнаружить признаков наличия вирусной инфекции ни у одного из больных. Как подчеркивают британские ученые, в ходе исследования они тщательно контролировали стерильность лабораторного оборудования, чтобы исключить влияние случайного загрязнения на результаты работы. По словам одного из авторов нового исследования профессора Миры МакКлюр, полученные данные позволяют с уверенностью исключить связь синдрома хронической усталости с вирусом XMRV, а также свидетельствуют о бесперспективности применения антиретровирусных препаратов в лечении этого заболевания.

Источник: PLoSONE

Результаты УЗИ можно будет передать на iPhone

На выставке электронной продукции Consumer Electronics Show в Лас-Вегасе была представлена новая технология, позволяющая передавать видеозаписи с УЗИ-аппарата на телефоны, поддерживающие стандарт 3G. Главный медицинский специалист Западного института беспроводных технологий в здравоохранении (West Wireless Health Institute) Эрик Топол, известный пропагандист использования мобильной связи при оказании медпомощи, продемонстрировал работу изобретения, принимая на свой телефон результаты ультразвукового исследования, проводимого в Швеции. Новая технология предназначена в первую очередь для передачи видеозаписей УЗИ врачам-консультантам, а также друзьям и родственникам (например, если будущий отец захочет посмотреть на УЗИ наследника). По мнению Топола, ее применение может стать еще шире, например, для вставки медицинских видео в личные профили в социальных сетях. Кроме передачи УЗИ-изображений, Топол продемонстрировал приложение для iPhone, позволяющее врачу оценить основные показатели жизненных функций пациента на расстоянии. Так, посетителям выставки показали пульс и температуру тела пациента, находящегося в Техасе. По словам Топола, на сегодняшний день разработаны приложения для мобильных телефонов, позволяющие выявить наиболее ранние признаки десяти заболеваний, которые являются основными причинами госпитализаций в США, в том числе сахарного диабета, рака груди и болезни Альцгеймера. Ученый также подчеркнул, что повсеместное внедрение мобильных технологий в здравоохранение позволит сэкономить сотни миллионов долларов.

Источник: The Daily Telegraph

Самый неудачливый взяточник

Законопослушный индийский доктор Б. Прасад получил взятку в 51 цент, если ее сумму перечислить на валюту США. На чем тут же и погорел. Такое «преступление» врач совершил еще в 1985 г., когда, сжалившись над одним бедняком, выписал ему фальшивое свидетельство о несуществующей болезни. «Пациент» в благодарность от своих щедрот отчитал Прасаду за услуги те самые 25 рупий. Но лучше бы доктор вообще не видел этих денег. На него завели уголовное дело и оно рассматривалось в суде очень долго. В 1992 г. Прасаду объявили приговор: год лишения свободы. Доктор подал апелляцию, его освободили из-под стражи, но дело не прекратили. Оно тянулось до 2009 г., когда высший суд штата Бихар объявил окончательный вердикт. В связи с подтверждением факта совершенного Прасадом преступления он подлежит заключению в тюрьму. Но, учитывая мизерную сумму взятки, срок лишения свободы снижен ему до трех месяцев. Полиции уже дан приказ препроводить 78-летнего доктора «до места назначения» — за тюремную решетку.

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

ВЕРОЯТНОСТНОЕ ПРОГНОЗИРОВАНИЕ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧЕЛОВЕКА И ПОВЕДЕНИИ ЖИВОТНЫХ

И.М. Фейгенберг

Издательство НЬЮДИАМЕД

2008 г.

Всегда интересна, всегда актуальна — тема вероятностного прогнозирования. Это эволюционно сформировавшаяся способность человека и животных предвидеть, как и с какой вероятностью изменится ситуация вслед за той, которая имеется в данный момент. Основание для такого прогноза — хранимая память информации о прошлом опыте. В соответствии с вероятностным прогнозированием организм осуществляет преднастройку — подготовку к действиям, адекватным той предстоящей ситуации, которая прогнозируется с наибольшей вероятностью. Такая преднастройка, опережающая ситуацию, позволяет при возникновении этой новой ситуации реагировать быстро и точно. Книга — итог многолетней работы автора над данной проблемой.

**Оргкомитет Премии имени профессора Дмитрия Дмитриевича Плетнева
Московского городского научного общества терапевтов.**

объявляет очередной 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, опубликованном 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, 8(495) 245-33-83 или по электронной почте balch@dol.ru, mtprndm@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 рассмотрение списка соискателей и принятие решения о присуждении Премии одному из номинантов. Основным критерием оценки является общепризнанный вклад в развитие отечественной терапевтической школы.

Состав Жюри утвержден на заседании Правления МГНОТ 23 декабря 2009 года по итогам голосования членов Правления МГНОТ:

1. Академик РАМН, профессор Мухин Николай Алексеевич (88% голосов)
2. Член-корреспондент РАМН, профессор Гогин Евгений Евгеньевич (72%)
3. Д.м.н., профессор Лазебник Леонид Борисович (56%)
4. Член-корреспондент РАМН, профессор Симоненко Владимир Борисович (56%)
5. Член-корреспондент РАМН, профессор Маколкин Владимир Иванович (50%)

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

**Образовательный семинар, посвященный памяти
Зиновия Соломоновича Баркагана**

**«ВОПРОСЫ КЛИНИЧЕСКОЙ
ГЕМОСТАЗИОЛОГИИ
В ПРАКТИКЕ ВРАЧА»,**

**будет проходить в рамках Конгресса
«Человек и лекарство»
(12—16 апреля 2010 г.)**

Семинар посвящен разным аспектам нарушений свертывающей системы человека — системы гемостаза. Клиническое значение гемостазиологии в клинической практике трудно переоценить. Знания по ранней диагностике, лечению больных с нарушениями свертывающей системы крови крайне важны для акушеров-гинекологов, реаниматологов, гематологов, трансфузиологов, клинических фармакологов, хирургов, в том числе кардиохирургов, терапевтов, гериатров и врачей общей практики.

Руководители школы — Воробьев Павел Андреевич, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой гематологии и гериатрии ФППОВ ММА им. И.М. Сеченова; Момот Андрей Павлович, доктор медицинских наук, профессор, директор Алтайского филиала ГУ «Гематологический научный центр» РАМН. Докладчики — ученые, специалисты ведущих гематологических учреждений Москвы, Барнаула, Архангельска, имеющие большой практический опыт работы

ПРОГРАММА

1 день

**РЕГИСТРЫ ПРЕДБОЛЕЗНИ В ПРАКТИКЕ
ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ
С ТРОМБОФИЛИЯМИ**

Сопредседатели: проф. Воробьев П.А., проф. Момот А.П., проф. Елыкомов В.А.

В.А. Елыкомов, А.П. Момот, Г.В. Сердюк (г. Барнаул)	Организация регистров предболезни в кардиологии, неврологии и акушерстве
А.П. Момот, Е.В. Ройтман, П.В. Свириг (г. Барнаул, Москва)	Перспективы и практика генетической паспортизации детей на носительство тромбогенных ДНК-полиморфизмов
П.А. Воробьев, О.В. Борисенко (Москва)	Регистры больных как метод изучения типичной практики ведения больных
Н.А. Воробьева, И.А. Пономарева (г. Архангельск)	Первый опыт регистра больных с варфаринотерапией

2 день

**ГЕМОФИЛИЯ И БОЛЕЗНЬ ВИЛЛЕБРАНДА
В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

Сопредседатели: проф. Воробьев П.А., проф. Момот А.П., Зоренко В.Ю.

В.В. Вдовин (Москва)	Диагностика гемофилии и болезни Виллебранда: от участкового врача до специализированной клиники
П.А. Воробьев, О.В. Борисенко (Москва)	Изучение качества жизни больных с гемофилией
В.Ю. Зоренко (Москва)	Интенсивная терапия при хирургических пособиях у больных гемофилией
Н.И. Зозуля (Москва)	Терапия при появлении антител к факторам свертывания: эффективность и экономичность
Ю.А. Жулев (Москва)	Домашнее профилактическое лечение гемофилии глазами пациентов

Место проведения: Российская академия государственной службы при Президенте РФ (РАГС). Адрес: проспект Вернадского, д. 84 (проезд: ст. метро «Юго-Западная», выход из последнего вагона).

Уточненная информация будет размещена на сайте www.zdrav.net и на сайте Конгресса

Медицинские книги издательства «НЬЮДИАМЕД»

ПРОТОКОЛ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ. БОЛЕЗНЬ ПАРКИНСОНА
184 стр., м.о.

ТОЛКОВЫЙ АНГЛО-РУССКИЙ СЛОВАРЬ терминов, используемых в гематологии и иммунологии
154 с., м.о.

П.А. Воробьев ЛИХОРАДКА БЕЗ ДИАГНОЗА
80 стр., м.о.

СПРАВОЧНИК ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ФОРМУЛЯРНОГО КОМИТЕТА
4 издание 721 с., тв. п.

СПРАВОЧНИК ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ФОРМУЛЯРНОГО КОМИТЕТА
4 издание, CD

Андреев Ю.Н. МНОГОКОМПОНЕНТНАЯ ГЕМОФИЛИЯ
232 с., тв. п.

Пол ред. Воробьева А.И. ОЧЕРКИ ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ ТРАНСФУЗИОЛОГИИ
632 с., тв. п.

Воробьев П.А. В ОТЕЧЕСТВЕ СВОЕМ ПРОРОКА НЕТ
320 с., тв. п.

Гогин Е.Е., Гогин Г.Е. ГИПЕРТОНЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ И АССОЦИИРОВАННЫЕ БОЛЕЗНИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ: основы патогенеза, диагностика и выбор лечения
254 с., тв. п.

Пол ред. Воробьева П.А. ГЕРИАТРИЯ В ЛЕКЦИЯХ
том 1, 440 с., тв. п.
том 2, 470 с., тв. п.

ПРОТОКОЛ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ «ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ»
76 с., м.о.

Пол ред. А.И. Воробьева РУКОВОДСТВО ПО ГЕМАТОЛОГИИ
4-е изд., 1-3 тт (с приложениями)
1275 с. с илл., тв. п.

Пол ред. П.А. Воробьева КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ (ОЦЕНКА, ВЫБОР МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ И УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ).
3-е издание 792 с., тв. п.

Давыдов Н.Г., Пальман А.Д. БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА. ПРАКТИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ ДЛЯ ТЕРАПЕВТОВ
68 с., м.о.

СТАНДАРТИЗАЦИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ
Архив журнала «Проблемы стандартизации в здравоохранении» 1999-2005 гг.
430 с., тв. п.

Пол ред. П.А. Воробьева СБОРНИК ПРАВОВЫХ И НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ ТРАНСФУЗИОЛОГИИ
540 с., тв. п.

В.В. Цурко ОСТЕОАРТРОЗ: ПРОБЛЕМА ГЕРИАТРИИ
136 с., тв. п.

СТАНДАРТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ CD.

Воробьев А.И., Шинкина Т.В., Колмогорова Н.П., Воробьев П.А. КАРДИАЛГИИ
4-е издание, 292 с., тв. п.

Беленков Ю.Н., Преображенский Д.В. и др. ЛЕГочная ГИПЕРТЕНЗИЯ И ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ
374 с., тв.п.

П.А. Бубнова-Рыбникова ГЛАВЫ ИЗ СЕМЕЙНОГО РОМАНА
228 с., тв. п.

Касперский П.А. ВОСПОМИНАНИЯ УЧЕНИКОВ И ДРУЗЕЙ
168 с., м. о.

П.А. Воробьев АНЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ
168 с., тв. п.

Пол ред. П.А. Воробьева ЛАБОРАТОРНАЯ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА. СПУТНИК ИНТЕРНИСТА
288 с., тв. п., м.о.

Фейтсберг Н.М. ВЕРОЯТНОСТНОЕ ПРОГНОЗИРОВАНИЕ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧЕЛОВЕКА И ПОВЕДЕНИИ ЖИВОТНЫХ
192 с., тв. п.

Пол ред. А.И. Воробьева, А.М.Кремневской АТЛАС. ОПУХОЛИ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ
294 с. с илл., тв. п.

Пол ред. Л.М. Горьковского ИЗБРАННЫЕ ГЛАВЫ. ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ УРОЛОГИИ
362 с., тв. п.

Б.П. Богомолов ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ: НЕОТЛОЖНАЯ ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА
653 с., тв. п.

Баркаган З.С., Момот А.П. ДИАГНОСТИКА И КОНТРОЛИРУЕМАЯ ТЕРАПИЯ НАРУШЕНИЙ ГЕМОСТАЗА
3-е изд., 292 с., тв. п.

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., Беловусов Ю.Б., Богомолов Б.П., Бокарев И.Н., Бушков С.Г., Бурцев В.И., Васильева Е.Ю., Галикин В.А., Глезов 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., Иванова Л.В., Касперский Л.В., Калинин А.В., Каляев А.В., Кложев В.М., Комаров Ф.И., Лазебник Л.Б., Лысенко Л.Б., Маколкин В.И., Моисеев В.С., Мухин Н.А., Насонов Е.Л., Насонова В.А., Ноников В.Е., Палеев Н.Р., Пальцев М.А., Парфенов В.А., Погожева А.В., Покровский А.В., Покровский В.И., Потехин Н.П., Раков А.Л., Савенков М.П., Савченко В.Г., Сандриков В.А., Симоненко В.В., 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., Ющук Н.Д., Яковлев В.В.

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: mtprndm@dol.ru www.zdrav.net

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

При перепечатке материала ссылка на Вестник МГНОТ обязательна.

За рекламную информацию редакция ответственности не несет.

Рекламная информация обозначена **б**

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