



ВЕСТНИК МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО

МОСКОВСКИЙ ДОКТОР

Октябрь 2006

№ 20 (37)

НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ

— Мария Генриховна, наверное, неожиданный вопрос для Вас. Расскажите, пожалуйста, про вашего отца — Генриха Абрамовича Глезера.

— Нет, кому это сегодня интересно. Нет, не нужно.

— Интересно, ведь он незаслуженно забыт. Если не Вы, то кто же расскажет?

— В этом году как раз 80 лет со дня его рождения было... Ну что я могу рассказать, когда родился и т. д.?

— Что только дочь может рассказать про отца. Вы же вместе с ним книгу издали.

— И не одну: по артериальной гипертензии, по фармакотерапии сердечно-сосудистых заболеваний. А ведь один из самых первых справочников по лекарственным препаратам в нашей стране написал он, давно, еще в 60-х годах, маленький, практически карманный справочник. Этот справочник был любим долгие годы многими врачами.

Папа заканчивал Одесский медицинский институт, а начинал учиться в Военно-медицинской академии сразу после фронта. Это его наградили так за то, что он вывез раненых, спас людей.

Начал он воевать в 17 лет, добровольцем, с 42-го года, прямо со школьной скамьи. Семья тогда жила на Украине. Он закончил короткие фельдшерские курсы. Закончил войну в 19 лет. Была ситуация — они попали в окружение, в котел. Это было 19 февраля, и он подумал, что не может умереть в этот день. Это день рождения моей мамы, тогда его еще будущей жены. Они вместе с 3-го класса учились и он, когда уходил на фронт, с доски почта стацил ее фотографию и взял с собой.

Он говорил, что было так обидно в этот день умереть, он просто не мог, он знал, что должен выжить. Он погрузил раненых на машины, встал на подножку первой машины, и они вырвались из окружения. Спас людей. Получил за это орден Красной звезды. В 19 лет он стал персональным пенсионером, инвалидом войны — был ранен, контужен. Его спросили: какое он хочет еще поощрение, награду? Он ответил, что хочет учиться. Его спросили: где? И предложили на выбор академию художеств или военно-медицинскую. Он выбрал медицину.

Это был конец апреля 1945 года. Он рассказывал, что творилось что-то ужасное, над головой свистело и взрывалось. Он совершенно не боялся, так как был уверен, что точно погибнет. Не было никакого ощущения, что оттуда можно выйти живым. И вдруг его вызывают в штаб и говорят, что на него пришли документы, и он должен ехать учиться. Из этого штаба до своей части полз на животе, не поднимая головы, — появился шанс остаться в живых, и 2 мая 1945 года он уехал.

А потом он женился, родилась моя старшая сестра, и они уехали в Одессу, там были бабушки с дедушками, могли хоть чем-то помочь, и доучивался он там.

— А Генриха Абрамовича родители были врачами?

— Нет, у моей мамы отец был врач. Он был патолого-анатомом Белорусского фронта, я точно не знаю какого. Участвовал во вскрытии тел Гитлера, Геббельса. Он подписывал документы и никогда об этом ничего не рассказывал. Уже через много лет он обмолвился, что участвовал во вскрытии семьи Геббельса, а потом, уже после его смерти, в журнале Звезда были опубликованы материалы по вскрытию Гитлера, опубликованы все протоколы, и мы там увидели его фамилию.

— А как Генрих Абрамович оказался в Москве?

— Сначала, на год раньше, закончила институт мама, потом отец. По окончании они сначала поехали в деревню работать, мама сначала поехала в какую-то молдавскую деревню, а потом они на Украине в деревне работали, где я и родилась — село Червоная Каменка, станциячастливая. Позже папа заведовал райздравотделом. Папа рассказывал, что в деревне, где он работал, было жуткое количество туберкулеза, голод. И он решил купить рентгеновский аппарат. Денег, конечно, на это не было. Он взял деньги, предназначенные на

...один из самых первых справочников по лекарственным препаратам в нашей стране написал он, давно, еще в 60-х годах...



М. Г. Глезер:

О времени и о себе

строительство чего-то там, и купил рентгеновский аппарат. Его вызвали, начальник областной партийной организации оказался адекватным человеком, выслушал, подумал и сказал: «Выговор мы тебе, конечно, дадим, но аппарат оставим». Договорились полюбовно.

Когда они отработали там 3 года, папа поехал в Москву поступать в ординатуру. Его не сильно брали, все тот же национальный фактор. Но потом взяли, он проходил ординатуру у Павла Евгеньевича Лукомского. Ему ведь отказали, когда он приехал в Москву. Он пошел в ЦК КПСС, тогда это было возможно. Простых людей принимали в ЦК. Он пришел, положил свой партийный билет на стол и сказал: «Я член партии с 1943 года, я инвалид войны, я работаю

Я член партии с 1943 года, я инвалид войны, я работаю в селе, я заведу райздравотделом. Что еще нужно, чтоб я мог учиться дальше?

в селе, я заведу райздравотделом. Что еще нужно, чтоб я мог учиться дальше? Какие заслуги у мальчиков и девочек, которых принимают, больше, чем мой?» Из ЦК позвонили и его зачислили в ординатуру. Так что он не просто туда попал. Это было 1953 год. Самое страшное время.

По окончании ординатуры он защитил диссертацию. И после защиты его пригласил работать Мясников. Лукомский его, естественно, не оставлял, а ему предложили поехать в Кисловодск или куда-то главным врачом в санаторий. Родители решили, что, наверно, они поедут, и в этот же день Александр Леонидович Мясников предложил ему работать у него,

...он нам сказал: «Никогда не отходите от клиники».

что, наверно, они поедут, и в этот же день Александр Леонидович Мясников предложил ему работать у него, поскольку во время ординатуры папа ходил на все его клинические разборы, обходы. Пригласил его Мясников на должность младшего научного сотрудника. Мои родители рассказывали, что они вместе с маминим отцом посоветовались, как поступить в такой ситуации. И мамин отец сказал — главным врачом — это будет сытая и спокойная жизнь, а младшим научным сотрудником — будет голодная и беспокойная, и тем не менее он советует идти в науку, а мама должна ему помогать во всем. Мама сказала, что она бы тоже хотела учиться. А дед ответил, что вдвоем это невозможно, кто-то должен зарабатывать деньги, и маме моей пришлось работать участковым врачом, всю жизнь на 2 ставки.

Дед был очень мудрый человек. Он сначала был лечащим врачом, а потом ушел в патанатомию. Связано это было с тем, что там больше платили. И он нам сказал: «Никогда не отходите от клиники». Есть какие-то вещи, которые люди прочувствуют сами. Когда я была на 3-м или 4-м курсе, папа меня жизни поучал, говорил, что нужно заниматься, книжки читать и т. д. А я была маленькая и глупая, говорила, что я не хочу заниматься научной работой, я буду врачом, я хочу лечить людей, я хочу ходить в белом халате и всех лечить.

И папа сказал такую фразу: «Ты знаешь, те, кто только лечат и ничего не анализируют — это фельдшеры, а если ты начал анализировать, то это научная работа». Если ты просто выписываешь лекарства от живота, сердца и т. д., не анализируя, то ты фельдшер.» На мой взгляд, это очень правильные слова. Любой хороший врач анализирует результаты своей работы, делает выводы, а значит, есть научный продукт, в том или ином виде. В общем-то, у папы была очень непростая судьба.

Любой хороший врач анализирует результаты своей работы, делает выводы, а значит, есть научный продукт, в том или ином виде.

ПРЯМАЯ РЕЧЬ

Мама была очень преданным отцу человеком. При чем они были такие разные: папа был почти 2-х метров роста, а мама маленькая — всего метр 55 см, — в половину папы. Она всегда говорила очень ровным и спокойным голосом, я никогда не слышала, чтоб мама громко

разговаривала, а папа, наоборот, был очень громким. Но по прошествии многих лет я понимаю, что мама решала в семье все основные вопросы.

У него была какая-то беспомощность в бытовых вещах. Хотя он очень ей старался помогать. Никакого гонора, что я профессор, расступитесь, не было. Он ходил с ней в прачечную белье стирать. Покупал продукты. Он был красивым человеком, женщины его любили. А в то время было туго с продуктами, а у него была куча знакомых продавщиц во всех магазинах, и он нас продуктами обеспечивал. И, наверно, то чувство голода, пережитое в войну и в послевоенное время, сказывалось, он все время требовал, чтоб в доме было много еды, чтоб стоял запас консервов, страх голода был.

Он работал с Мясниковым до смерти Александра Леонидовича. Тот умер за 2 недели до защиты отцом докторской диссертации по терапии, тогда кардиологии как отдельной дисциплины не было.

Он первый выпустил книжку, где описал всю гемодинамику при гипертонической болезни, все основополагающие вещи, в 60-х годах, очень прикладная книга: им было обследовано большое количество больных с гипертонией. По газообмену, по нагрузкам, ортостатическим пробам, у него очень много фундаментальных работ было. У него была замечательная книжка «Диуретики», по гипертонии у беременных, он очень много занимался спортивной медициной.

— У Мясникова была терапия или кардиология?

— Это было отделение гипертонии. Руководила им Нина Александровна Ратнер, папа был старшим научным сотрудником. Папа вместе с Алексеем Викторовичем Виноградовым и Вихертом написали замечательную книжку, у ей до сих пор пользуюсь, маленькая книжка — «Ошибки в диагностике болезней сердца», там подробно про трудности диагностики, ошибки. Потом Алексей Викторович выпустил «Дифференциальную диагностику внутренних болезней», а начиналось все с этой.

— А откуда интерес к фармакологии взялся?

— Ну так он все время больных лечил, лекарствами интересовался. Он как-то мне сказал: знаешь, с чего начались мои справочники по фармакологии? С твоей мамы. Когда она работала в деревне, он ей помогал, деревня же была молдав-

ской, и она вообще половины не понимала из того, что больные говорили. И он, будучи студентом последнего курса, приезжал на выходные к ней, писал ей рецепты, раскладывал их в кучки, когда они тебе на это жалуются — бери из этой кучки и т. д. И он их ей систематизировал, еще будучи студентом. Вот с этого все и началось. Тогда справочников не было. Это сейчас издается все что угодно, и энциклопедии, и регистры, и «видали» и бог знает что. А тогда его справочник был очень востребован.

Года 3 назад ко мне подошла пожилая врач, которая у нас в больнице работает. И говорит: «Вот у меня справочник Вашего папы, весь такой затрепанный, с вываливающимися страницами, я всю жизнь им пользуюсь и еще у кого-то из врачей в нашей больнице такой же». И у моей мамы он тоже всегда был под рукой. Очень удобный был карманный маленький справочник, в котором можно было в любой момент все уточнить. Папа очень коротко писал о заболевании и основных принципах лечения, а потом про конкретные препараты. То есть про каждый препарат по 2—3 строчки, но в начале полторы странички про заболевание. Для практикующего врача это было очень удобно. Кто сможет эти гигантские тома с собой носить? Потребности практических врачей тоже нужно удовлетворять.

Справочники, безусловно, нужны. Другое дело, что справочники должны быть хорошо выверены. Почему многие любят Машковского — очень хорошо выверенный справочник, там практически нет ошибок. Там нет

ИнтерНьюс

Проведен анализ программ неонатального скрининга на муковисцидоз, используемых в различных Европейских странах

Ежегодно около 1 600 000 новорожденных обследуются по программе неонатального скрининга с выявлением около 400 больных муковисцидозом. У новорожденных с муковисцидозом высок уровень плазменного иммунореактивного трипсина, возможность его измерить на первой неделе жизни привела к тому, что муковисцидоз был включен в уже имеющиеся программы неонатального скрининга. Иммунореактивный трипсин не является специфичным для муковисцидоза, и необходимы дополнительные исследования для установления диагноза. После открытия гена CFTR анализ ДНК на наиболее распространенные мутации стал вторым этапом многих программ неонатального скрининга.

Целью работы Соутерн К. В. была суммария и анализ всех программ неонатального скрининга на муковисцидоз, проводимых в европейских странах. Опросники были разосланы в 26 региональных и национальных европейских центров муковисцидоза. Программы неонатального скрининга варьировали по количеству обследованных новорожденных и по тестам, включенным в протокол, начиная от проведения потового теста всем детям с высоким иммунореактивным трипсином, и кончая четырехступенчатыми программами. Для измерения иммунореактивного трипсина использовались три разных типа наборов. Несколько программ включало повторное исследование иммунореактивного трипсина на 4 неделе жизни, т. к. иммунореактивный трипсин более специфичен в этом возрасте. 19 программ использовали ДНК-анализ на наиболее распространенные мутации CFTR при первом повышенном значении иммунореактивного трипсина. Три программы использовали повторный тест на иммунореактивный трипсин при обнаружении хотя бы одной из мутаций CFTR, чтобы сократить количество детей, которым следует провести потовый тест. Почти все программы неонатального скрининга включали обязательное направление новорожденных в центры муковисцидоза для подтверждения диагноза с помощью потового теста, даже при обнаружении обеих мутаций MBTR.

Источник:
J. Cyst. Fibros. 2006 Jul

Всем хочется жить долго и счастливо. В британской печати опубликован список принципов, которые дают шансы достигнуть долголетия

Список составлен на основе анализа особенностей и образа жизни людей из разных регионов мира, перешагнувших столетний порог. Во главе списка — активный образ жизни. Человеку необходимы нагрузки — и физические, и психологические. Стресс, если он не слишком затянулся, некоторые лишения, в том числе и пищевые, активизируют жизненные силы и продлевают годы. В охранительном режиме нет ничего хорошего. Наоборот, надо брать на себя ответственность, не избегать риска. Новая техника, современные технологии вполне доступны для освоения, было бы желание. Продлевает человеческий век брак. Продолжительность жизни у женатых мужчин на семь лет больше, чем у холостых. Положительное влияние оказывает смена обстановки и даже места жительства. И, конечно, ощущение обновления дают путешествия. Долгожители не отказывали себе в умеренном употреблении алкоголя и иногда — в азартных играх. В любом возрасте можно изучать иностранные языки, это, конечно, не так легко, как в детстве, но дает мозгу необходимую для него нагрузку. Пищей для ума может служить коллекционирование, чтение, разгадывание кроссвордов. И, конечно, очень важно уметь радоваться жизни, ценить маленкие удовольствия, которые она дарит.

Источник: www.ng.ru

18–19 сентября в Центре международной торговли проходила Всероссийская конференция по фармакотерапии и TV форум «Дети и лекарства». Большой интерес у слушателей вызвал доклад директора Департамента медико-социальных проблем семьи, материнства и детства Минздравсоцразвития России О. В. Шараповой, которая сообщила, что Национальный проект «Демография» удво-

Опасности вакцинации. Мифы?

ит финансирование медицинских проектов. 120 млрд руб. дополнительно будет выделено для реализации национального проекта «Демография», который стартует в РФ с 1 января 2007 г. По ее мнению, это должно увеличить возможности медиков влиять на репродуктивное здоровье населения.

Одними из основных вопросов конференции и форума стали проблемы составления Педиатрического формуляра, лекарственное обеспечение детей России, «непоказанные» лекарства для детей, правовые аспекты клинических испытаний на детях (т. е. — негативное отношение педиатров к определенным лекарствам, что развивает концепцию негативного перечня медицинских технологий, поднятую два года назад Форумным комитетом).

В рамках обсуждения национальной доктрины вакцинопрофилактики выделялся доклад В. К. Таточенко «Поствакцинальные осложнения». Он озвучил, что за последние 35 лет не было отозвано ни одной вакцины из-за ее качества. Значительная частота осложнений при вакцинации связана с ненадлежащей техникой введения препаратов: введение БЦЖ подкожно вызывает развитие инфильтрата или лимфаденита, введение АКДС в ягодицу — повреждение седалищного нерва, парез, введение АКДС подкожно (а не в мышцу) — инфильтрат, холодный абсцесс.

ЧАСТОТА ПОСТВАКЦИНАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В РОССИИ

Год	АКДС	АДС	АДС-М	БЦЖ	Полиомиелит
1998	10	0	0	48	7
1999	12	0	0	154	11
2000	12	0	3	312	12
2001	19	0	0	278	14
2002	8	0	2	282	14
2003	11	0	2	326	13
2004	11	0	2	267	14
Всего	83	0	9	1658	85

Численность и структура осложнений вакцинации против туберкулеза 1998–2004 гг.

Вид осложнения	Всего 1667 осложнений
Язва	45 — 2,7%
Инфильтрат	20 — 1,2%
Холодный абсцесс	862 — 51,7%
в т. ч. со свищем	60 — 3,6%
Лимфаденит	568 — 34,1%
в т. ч. со свищем	70 — 4,6%
Келоидный рубец	31 — 1,9%
БЦЖ-остеит	132 — 7,9%
Генерализованный БЦЖ-ит	9 — 0,5%

Нечасто удается узнать такие подробности вакцинного дела. «Антипрививочники» во главе с Червонской и Котом настаивают на отмене вакцинации, в частности, по причине «громдого» количества осложнений, но не подкрепляют свою позицию цифрами. А полнота данных по количеству осложнений от вакцинации вызывает недоверие. В частности, потому, что многие знакомые родители сталкивались с нежеланием педиатров фиксировать поствакцинальные реакции.

Собственная информация

СВЕТСКАЯ ХРОНИКА

Гемофилия. Успокаиваться рано

В Москве 18.09.06 состоялась 4-я конференция по гемофилии, проводимая специалистами совместно с Обществом больных гемофилией. Это знаковая конференция, так как центральное место в ней пришлось на обсуждение наиболее актуальных тем современного здравоохранения — дополнительного лекарственного обеспечения, стандартов медицинской помощи и Протокола ведения больных с гемофилией. Выступающими неоднократно подчеркивалось, что судьба пациентов существенным образом изменилась с введением программы дополнительного лекарственного обеспечения, позволившей оказывать помощь больным на дому — так называемое «домашнее лечение». На самом деле это не лечение, а введение профилактических доз препаратов факторов, в дозах, подобранных индивидуально и



На трибуне заместитель
Руководителя
Росздравнадзора
Е. А. Тельнова



В президиуме президент общества больных гемофилией
Ю. Жулев, член. корр. РАМН З. Баркаган
и академик А. Воробьев

позволяющих практически исключить кровотечения у этих пациентов. Большую помощь в реализации программы играет Протокол ведения больных с гемофилией и соответствующие стандарты медицинской помощи. Однако успокаиваться рано: необходимо доработать протокол в части лечения гемофилии с наличием антител к фактору VIII, разработать протокол по диагностике и лечению больных с болезнью Виллебранда, встречающейся чаще, чем гемофилия, а диагностируемой гораздо реже.

Собственная информация

Информационное письмо

Уважаемые коллеги!

Курс стандартизация в здравоохранении при кафедре гематологии и гериатрии ФПОВ Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова регулярно проводит циклы тематического усовершенствования, предназначенные для врачей всех лечебных специальностей, специалистов в области общественного здоровья и организации здравоохранения по следующим направлениям:

- > Стандартизация в управлении качеством медицинской помощи (27.11—22.12.2006 г.).
- > Лицензирование медицинской деятельности и аккредитация медицинских учреждений (январь—февраль 2007 г.).
- > Медицина, основанная на доказательствах и клинико-экономический анализ в управлении качеством медицинской помощи (02.10—27.10.2006 г.).

Основные вопросы, рассматриваемые на курсе:

- Система управления качеством в здравоохранении;
- Система стандартизации в РФ, законодательство РФ по стандартизации;
- Протоколы ведения больных;
- Организация и принципы лицензирования медицинской деятельности и подготовки медицинского учреждения к получению лицензии;
- Формирование новой системы аккредитации медицинских учреждений;
- Стандартизация в сфере лекарственного обращения;
- Клинико-экономический (фармакоэкономический) анализ медицинских технологий, медицина доказательств, основы формулярной системы.

Цикл является бюджетным для организаций (учреждений) относящихся к системе Минздравсоцразвития РФ, лично участниками курса оплачивается только проезд и проживание в гостинице. Для организаций (учреждений) не относящихся к системе Минздравсоцразвития РФ, или имеющих негосударственную форму собственности цикл проводится на договорной основе. По окончании цикла выдается свидетельство установленного образца.

Обращаться по тел./факс 246-01-19

Туркина Ирина Вячеславовна, Нерсисян Мадлена Юрьевна
E-mail: mtpndm@dol.ru

Начало на стр. 1 ↗

ни путаницы доз, фактического материала, только то, что на тот момент точно установлено, никакой отсебятины. Но я видела его новое переиздание, где издатели налепили кучу ошибок, по-видимому, перенабирали текст. Пользоваться этим уже нельзя. Книги сейчас издаются абсолютно непроверенные, там пишут все что ни попадя. Причем пишут под названием руководство, справочник, которого указанные авторы и в глаза-то не видели. Одно дело, если вы пишете монографию — это ваше мнение, и вы можете писать там все, что хотите и как хотите. Человек знает, что читает монографию и может этому верить или не верить, принимать или не принимать для себя. Справочник — это такая вещь, где все должно быть точно. И если что-то не установлено, то про это вообще не надо писать. Или писать, что это не установлено.

Книги сейчас издаются абсолютно непроверенные, там пишут все что ни попадя. Причем пишут под названием руководство, справочник, которого указанные авторы и в глаза-то не видели.

Мне всегда казалось, что папа занимается самым важным и интересным. Но он рассказывал, что его на исследования по гемодинамике направил Мясников, сказав, что надо именно этим заниматься. И именно поэтому папа обучался в Праге в институте кардиологии, и они разрабатывали вместе подходы к исследованию гемодинамики. В стране он начал первым этим заниматься. Он мне рассказывал, что ему самому на тот момент это казалось не очень интересным, и что он только потом понял, насколько Мясников был прозорлив, насколько мог себе представить будущее развития науки, куда мы должны идти и чем надо заниматься. Он вообще считал, что Мясников был блестящим ученым, абсолютно не администратор, а генератор идей. Он мог просто идти по отделению, и идеи из него фонтанировали. Но при этом не было скурпулезности, циферки выверять — это было не для него. У него был замдиректора по науке, который выверял цифры. Просто они были абсолютно разными типами людей. Мясников был настоящим терапевтом. Моя мама рассказывала, что на его лекции народу набивалось как на концерты Вертинского, девушки сидели и слушали безотрывно.

Человек вот так вот поднял пачку бумаги на столе и сказал — видите, сколько мест в ординатуре, для вас места не будет.

— Вы, когда закончили институт, куда попали учиться дальше?

— А никуда. Меня никуда не взяли. На меня запрос писал Игорь Константинович Шхвацабая, Бураковский, чтоб мне предоставили место в ординатуре, но мне его упорно не предоставляли. Я пришла и говорю, что я замужем, москвичка, у меня ребенок, я то, я се. А мне — нет, для вас места в ординатуре — хорошо, я пойду, отработаю в поликлинике 3 года, я потом могу претендовать на место в ординатуре? Человек вот так вот поднял пачку бумаги на столе и сказал — видите, сколько мест в ординатуре, для вас места не будет. Ваша судьба — поднимать

А если больной будет знать, что он наблюдается у конкретного врача, и тут у больного что-то не так — он взял трубочку, позвонил, все между собой согласовали и все отлично.

поликлинику до уровня научно-исследовательского института. Поэтому я не заканчивала ни ординатуру, ни аспирантуру. Работаю я в практическом здравоохранении, как мне определили мою судьбу, и я насколько об этом не жалею.

Я попала в первую городскую больницу, с первого же дня в приемное отделение. Я очень благодарна за все, что там было, потому что это очень хорошая школа. Там были грамотные врачи, огромный поток больных.

— А папа как на все это реагировал?

— Ужасно, мой папа сразу подал заявление и ушел из института. Ему была сказана такая фраза: «Отец и дочь не могут работать в одном институте». И он подал заявление в тот же день. Это был 1975 год...

— Грустно, сколько жизней, судеб наша родина истоптала.

— Но если есть желание работать — ничто и никто не помешает. В то же время, когда человеку предоставляются колоссальные возможности, он их не ценит, ему все трудно, все что-то мешает... Когда все слишком легко... В России всегда очень плохо с экспериментальными работами: реактивов нет, приборов нет. Поэтому у нас все мыслят: гипотезы, теории. А там, где много приборов — им думать некогда, они все время меряют. А сестрь проанализировать некогда. Сейчас идет вал исследований — нет людей, которые могут сесть и обобщить все это, проанализировать результаты, их очень мало. Вообще людей, которые могут что-то анализировать, мало.

Папа после ухода из института сразу заболел, я думаю, что он уже к этому моменту был болен: у него было желудочное кровотечение до этого и ему переливали кровь. У него начался тяжелый гепатит, папа долго не работал, тихо умирал, но потом как-то выкарабкался. С момента, как он уволился, у нас в доме прекратились звонки, наступила тишина. Жуткая ситуация. У меня папа любил собирать всякие вещички, все время что-то собирал, то тарелки, то еще что-то. Мы с мамой начали потихонечку продавать эти вещи. Потом, когда папа узнал, за какие гроши мы это продали... Продали дачу.

Потом он устроился в институт по биологическим испытаниям химических соединений, печально известный институт. Ему дали там лабораторию, и он там много и плодотворно работал, потом этот институт стали разгонять, в тот момент папа с мамой были в отъезде в отпуске. Страшно громили лабораторию, безумно совершенно. Он мне позвонил и спросил, что там происходит? Я ему рассказала, что все закрывают. Он говорит, может, мне тогда не торопиться? Я говорю, не торопись. И он стался в Канаде у моей сестры. Там и умер.

В Канаде папа прожил около 5 лет. Довольно активно работал: делал медицинские передачи, писал статьи в газе-

ты, журналы. Написал очень хорошую книжку, которую я ни как не могу собраться издать, она называется «Болезни великих людей. Взгляд врача».

— Так, может, к 80-летию папы соберемся да сделаем, мы поможем?

— Никак не могу собраться, много работы.

— Это наша родина, но здесь никого не ценят...

— А никогда не хотелось плюнуть на все и уехать туда, где можно спокойно работать?

— Нет.

— Расскажите про свою премию.

— Подали заявку, рассказали про нашу работу по организации оказания помощи больным кардиологического профиля. Предложили модель — как надо оказывать помощь, чтоб больные меньше госпитализировались. Я считаю, что самое правильное, если больного ведет один врач, несчастье в том, что они все время ходят к разным врачам, а каждый новый врач назначает новое лечение. То есть амбулаторно и в стационаре лечит один врач. Мы создали у себя при больнице амбулаторное отделение и поставили на учет больных, которые часто госпитализируются, тяжелые больные. И с ними занимаемся, как надо, наблюдаем, при необходимости госпитализируем. Москва громадная, люди не знают, куда им обратиться, люди терпят, а потом, когда уже немогут, вызывают скорую. Скорая, при той загруженности, которая есть, не в состоянии ничего делать, они только в состоянии взять и отвезти в стационар. Это ведет к массе необоснованных госпитализаций. Вопросы, которые можно было спокойно решить дома. Больные, которые пропустили прием препарата, бросившие лечиться, принимающие не то и т. д. А если больной будет знать, что он наблюдается у конкретного врача, и тут у больного что-то не так — он взял трубочку, позвонил, все между собой согласовали и все отлично. Часто бывает нужно просто увеличить или уменьшить дозу какого-то препарата, и это можно все быстро решить. Речь, конечно же, идет только о хронических больных.

Нужна и первичная профилактика. У нас на этой неделе поступают в клинику молодые мужчины, которые по 6—20 часов не вызывают врача, с болями в сердце, привозят их потом с громадными инфарктами. Считаю, что они молодые и вообще этого не может быть. Население жутко необразованно с точки зрения медицинской, знаний своего здоровья. И это государственная задача, ее нельзя решить с помощью врачебных мероприятий. Кроме того, очень много госпитализаций от страха, неврологии.

Мы в свое время все рассчитали, сделали приказ, создали экспериментальную структуру, кроме того, моя лаборатория, которой я заведу, она была создана экспериментальной именно под эти цели, она создана совместно ММА им. И. М. Сеченова и городским здравоохранением. Городское здравоохранение выделило ставки для врачей, которые будут заниматься научной работой, связанной с оптимизацией лечения этих больных. У нас здесь все врачи занимаются научной работой, но все притянуты к практике, то есть не занимаются изучением, как я говорю, «фермента в мелкой клетке». Конечно же, фундаментальные исследования нужны, но врачи занимаются именно практической работой — чем и как лучше лечить.

— То есть каждый врач имеет какой-то прикрепленный контингент. По какому принципу?

— Мы не ограничивались территориально, поскольку считали, что этот опыт нужно распространять на все большие больницы. Больные могут просто ходить в поликлинику, но результаты такого лечения мы все видим.

— Так что ответило руководство здравоохранения на ваш опыт?

— Дальше они должны развивать это направление, если они заинтересованы в улучшении ситуации.

— Это необходимо только для тяжелых больных или всех хроников нужно наблюдать по такому принципу?

— Так многое уже сделано, ведь при сахарном диабете, бронхиальной астме — у них похожие системы, где есть школы для больных, у них это даже проще, поскольку больные «привязаны» лекарствами.

...при сахарном диабете, бронхиальной астме — у них похожие системы, где есть школы для больных, у них это даже проще, поскольку больные «привязаны» лекарствами.

нет дублирующих ненужных обследований.

— А как вы со «скорой» договаривались, чтоб везли их именно к вам?

— Со «скорой» нет никакой специальной договоренности — «скорая» ведь, если мы берем, с удовольствием везет. Кроме того, большинство пациентов, поскольку они постоянно наблюдаются, до «скорой» не ждут, они госпитализируются в плановом порядке, если есть необходимость. Хотя, конечно, и среди наших пациентов дурные встречаются.

Отдельно хотелось бы поговорить о том, что сейчас такой крен в сторону врача общей практики, думаю, не совсем правильный. Был период, когда я в первой градской работала, и вдруг сказали, что врач из блока будет спускаться в приемное отделение и подписывать, нужно ли больного класть в блок, и если он напишет, что не нужно класть, то тогда класть в терапевтическое отделение. Мы, конечно, были все в приемном отделении возмущены, потому что мы считали, что это

ИнтерНьюс

По закону каждый лишний градус тепла сверх установленной нормы сокращает рабочий день на час

Лето, офис и жара. Трудоспособность на нуле. Офисный труд — это труд умственный, связанный с концентрацией внимания, принятием решений. У человека со средой все время идет тепловой взаимобмен. Когда тепла поступает больше, чем человек отдает, возникает тепловое перенапряжение: нагрузка на сердце и сосуды увеличивается, появляется пот и ощущение общей слабости. Человеку уже не до интеллектуальной деятельности. Гигиенистами разработано понятие «зона комфорта». Только находясь в зоне комфорта, можно выдать и креативные идеи, и высокую работоспособность. Говоря о микроклимате и «зоне комфорта», имеют в виду прежде всего температуру и влажность воздуха. Они не должны превышать 18—22 градуса и 50—70% соответственно. Но когда температура воздуха в помещении равна или превышает число градусов за окном, необходимо учесть следующее: рабочий день для офисных сотрудников остается обычным, восьмичасовым, только до 28 градусов. Далее с каждым градусом он сокращается примерно на час — так, при 29 градусах рабочий день составит 6 часов, при 30 градусах — 5 часов, а при 31 градусе жары — всего 3 часа. Сослаться можно на «Гигиенические требования к микроклимату производственных помещений. СанПиН 2.2.4.548—96», утвержденные во исполнение закона «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», принятого Госдумой еще в 1999 году.

Источник: www.dp.ru

Прививка от столбняка ассоциируется с 33%-ым уменьшением риска рассеянного склероза

Предположение, что противостолбнячный иммунитет может защитить от рассеянного склероза, подтверждено данными, полученными в двух недавно проведенных проспективных исследованиях, пишет доктор Мигель А. Хернан и коллеги из Harvard School of Public Health. Ученые провели мета-анализ исследований, рассмотревших ассоциацию между вакцинацией от столбняка и риском рассеянного склероза, используя базы данных Medline, LILACS, EMBASE и Science Citation Index. Были включены девять исследований, опубликованных с 1966 по 2005 год, с 963 случаями заболевания и 3126 контрольными. Прививка от столбняка ассоциировалась с уменьшением риска развития рассеянного склероза на 33%. Биологический механизм, посредством которого прививка от столбняка может защитить против рассеянного склероза, неясен. Результаты проведенного мета-анализа предполагают, что прививка от столбняка может предотвращать или задерживать развитие рассеянного склероза. Ученые считают, что в последующих эпидемиологических исследованиях необходимо оценить роль выбора времени иммунизации и числа доз вакцины. Иммунизация столбнячным анатоксином может быть многообещающим подходом для лечения и профилактики рассеянного склероза, а также других аутоиммунных заболеваний.

Источник: сайт Solвей Фарма

Затраты на клинические исследования, проводимые Национальным институтом здравоохранения (NINDS), окупаются их результатами

К такому выводу пришли исследователи из Калифорнийского университета, проанализировав все рандомизированные исследования III фазы, финансируемые до 1 января 2000 г. Затраты на эти исследования составили 335 млн долларов США, в то же время их результаты позволили обеспечить 470 тысяч качественных лет жизни (QALY) в течение 10 лет. Расчетная польза для общества составила 15,2 млрд долларов.

Источник: Lancet 2006, 367

Продолжение на стр. 9 ↗

ИнтерНьюс

Похоже, наконец создана компьютерная программа, реально помогающая алкоголикам если не прекратить пить совсем, то в разы уменьшить потребление алкоголя

Результаты, опубликованные исследователями университета Wales (Бангор), утверждают, что после четырехмесячного прохождения программы Alcohol Attention-Control Training алкоголики начинают пить значительно меньше, почти не обращают внимания на алкоголь и лучше контролируют своё потребление алкоголя.

Программа основана на совокупности различных психологических задач и тестов. В основу положено постепенное отвлечение человека от так называемых алкогольных стимулов. Одно из заданий курса выглядит следующим образом: пациенту показывают на экране алкогольный и безалкогольный напитки, каждый из которых окружен по контуру различным цветом. Задача состоит в том, чтобы как можно быстрее назвать цвет, окружающий безалкогольный напиток. При кажущейся простоте сначала чрезмерно пьющие люди испытывали трудности с этой задачей, однако через некоторое время успешно с ней справлялись. Разработчики также надеются, что их программа позволит людям повысить свой иммунитет к различным способам рекламы алкогольной продукции. В проведенном исследовании участвовали 220 человек, чрезмерно потреблявших алкоголь. 50 из них после месячного курса и трехмесячного испытательного срока заявили, что существенно уменьшили потребление алкоголя. Тем не менее, разработчики сомневаются, что программа даст реальный результат, так как одновременно нужно проводить большую социальную работу, чтобы людям было чем занять время, которое раньше отнимал у них алкоголь.

Источник: techlabs.by

В Америке много бедных

К таковым относятся граждане, получающие меньше 1640 долларов в месяц. Ну, скажете вы, у нас таких — почти все население страны. Это так, но в США квартира стоит не менее 700 долларов в месяц. Да и другие расходы — не сопоставимы с российскими. Одновременно в нашей стране к «среднему классу» относятся водители, продавцы, но не врачи и учителя. В США врачи и учителя — среди самых высокооплачиваемых категорий, в нашей стране — среди самых низкооплачиваемых. По прошествии года с момента старта «национальных проектов» ситуация с жизненным уровнем врачей существенно не поменялась.

Источник: СМИ за 06.09.06

Существует серьезная связь между уровнем оптимизма человека и его детством

Ученые сравнили уровни оптимизма и пессимизма у лиц, вышедших из различных социально-экономических слоев. Как оказалось, выходцы из семей, обладавших высоким социально-экономическим статусом, как правило, чаще видят жизнь в розовом свете. Более того, даже если люди, выросшие в бедности, улучшают свое экономическое положение и продвигаются вверх по социальной лестнице, это не освобождает их от пессимизма.

В свою очередь, люди, выросшие в обеспеченных семьях, не унывают и не теряют оптимизма, даже если судьба оказывается неблагоприятной к ним.

В 1998 году ученые из Университета Огайо пришли к выводу, что избегать пессимизма важнее, чем проявлять оптимизм. Это связано с тем, что люди, склонные к пессимизму, чаще страдают от депрессий, стрессов и иных проблем со здоровьем, чем закоренелые оптимисты. При этом жизнь у пессимистов могла складываться лучше, чем у оптимистов.

Источник: MIGNews.Com

ПРОТОКОЛ ПЛЕНАРНОГО ЗАСЕДАНИЯ МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ

от 8.10.2003 г.

Председатель: академик А. И. Воробьев

Секретарь: к.м.н. Е. Н. Кочина

Повестка дня: «Общие принципы диагностики заболевания щитовидной железой». д. м. н., профессор кафедры эндокринологии ММА им. И.М. Сеченова Мельниченко Г.А.

В диагностике заболеваний щитовидной железы необходимо знать, что:

- Развитие патологии щитовидной железы часто протекает медленно и незаметно;
- Заболевание щитовидной железы может потенциально приниматься за другое заболевание или состояние (гиперлипидемия, нерегулярные менструации, менопауза, депрессия и проч.);
- Нарушения функции щитовидной железы, включая субклинические формы, отражаются на функционировании практически всех органов и систем.

Диагностика заболеваний щитовидной железы базируется на данных гормонального исследования; по показаниям используются УЗИ, скintiграфия и тонкоигольная биопсия. В силу широкого распространения в популяции так называемых субклинических нарушений функции щитовидной железы, многие врачебные ассоциации предлагают проведение широкого скрининга взрослого населения, подразумевающего определение уровня ТТГ. Существует чувствительный и специфичный лабораторный метод определения ТТГ, доступный для рутинной клинической практики.

На сегодняшний день благодаря внедрению в клиническую практику современных препаратов левотироксина разработано лечение большинства заболеваний щитовидной железы, что позволяет достичь высокого качества жизни пациентов.

Вопросы докладчику:

Ю. Е. Виноградова (ГНЦ РАМН): Есть ли гематологические маски гипотиреоза?

Ответ: Сам дефицит тиреоидных гормонов ведет к анемии. Но не следует забывать о том, что гипотиреоз может сосуществовать с другими фоновыми заболеваниями (железодефицитной анемией), в т. ч. аутоиммунными (В₁₂ дефицитная анемия). Следует отметить, что прием тиреоидных гормонов должен быть разделен по времени с приемом препаратов железа не менее, чем на 4 часа;

Ю. Е. Виноградова (ГНЦ РАМН): Какое значение имеет титр антител к тиреоглобулину?

Ответ: Имеет значение не титр, а сам факт наличия антител;

Академик А. И. Воробьев: Часто ли в вашей практике встречались опухоли лимфатической системы у пациентов с гипотиреозом?

Ответ: 2 больных с лимфомой щитовидной железы;

— Ваше мнение о препарате «Иод-актив»?

Ответ: Это — биодобавка, не прошедшая сертификацию;

— Часто ли в группе престарелых пациентов с гипотиреозом встречались нейтропения, В₁₂-дефицитная анемия?

Ответ: К сожалению, оценивался лишь общесоматический статус без дополнительных исследований;

2. Современные принципы диагностики и лечения гипотиреоза

к. м. н., доцент кафедры эндокринологии ММА им. И.М. Сеченова Фадеев В.В.

Гипотиреоз — клинический синдром, обусловленный стойким дефицитом тиреоидных гормонов в организме. Гипотиреоз подразделяется на первичный, вторичный и третичный. Наибольшее клиническое значение имеет первичный гипотиреоз, развивающийся вследствие разрушения (удаления) щитовидной железы. Гипотиреоз является одним из самых частых заболеваний эндокринной системы. По данным некоторых эпидемиологических исследований,

ПРОТОКОЛЫ МГНОТ

в отдельных группах населения распространенность субклинического гипотиреоза достигает 10–12%. В основе современной диагностики гипотиреоза лежит определение в крови уровня ТТГ и свободного Т₄. Принципы лечения гипотиреоза можно сформулировать следующим образом:

1. Для заместительной терапии гипотиреоза предпочтительны препараты левотироксина (L-T₄).

2. Эутиреоз у взрослых обычно достигается назначением L-T₄ в дозе 1,6 мкг/кг массы тела в день. Начальная доза препарата и время достижения полной заместительной дозы определяется индивидуально, в зависимости от возраста, веса тела и наличия сопутствующей патологии сердца.

3. Потребность в L-T₄ с возрастом снижается. Некоторые пожилые люди могут получать менее 1 мкг/кг L-T₄ в день.

4. Целью заместительной терапии первичного гипотиреоза является поддержание уровня ТТГ в пределах 0,5–1,5 мМЕ/л.



5. Уровень ТТГ медленно меняется после изменения дозы L-T₄ или назначения другого его препарата; его исследуют не ранее, чем через 6–8 недель после этого.

6. Пациентам, получающим подобранную дозу L-T₄, рекомендуется ежегодно исследовать уровень ТТГ.

7. В идеале L-T₄ должен приниматься натощак, в одно и то же время суток и, как минимум, с интервалом в 4 часа до или после приема других препаратов или витаминов.

8. Прием таких препаратов и соединений, как холестирамин, железа сульфат, соевые белки, сукральфат и антациды, содержащие гидроксид алюминия, которые снижают абсорбцию L-T₄, может потребовать увеличения его дозы.

9. Увеличение дозы L-T₄ может потребоваться при приеме пациентов рифампицина и антиконвульсантов, которые изменяют метаболизм гормона.

Обсуждение:

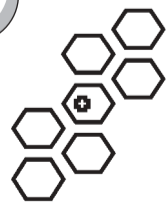
Проф. Р. М. Заславская:

В ежедневной практике терапевта гипотиреоз встречается очень часто, вызывая трудности в дифференциальной диагностике атеросклероза, церебросклеротической болезни и гипотиреоза. Встречаясь с плотными отеками, которые не уходят или незначительно уходят на мочегонной терапии, следует задуматься о гипотиреозе. Не нужно забывать и о загрудинном расположении зоба. Проблема не только в том, чтобы не пропустить гипотиреоз, но и в том, чтобы грамотно его лечить. У трети больных с гипотиреозной миокардиодистрофией мы встречали тахикардию. В целом, блестящий профессиональный доклад;

Академик А. И. Воробьев:

Еще Михаил Михайлович Завадовский отметил полисимптомность патологии. Гипотиреоз многогранен, однако необходимо находить границы клинической симптоматики, когда врач уже начинает волноваться и вмешивается. Гипотиреоз не всегда имеет фоновое течение, бывают и кризы — человек рассеянный, мерзнет, а затем все проходит. Еще одно замечание, когда тироксин идет не по назначению. Побочное действие на проводящую систему сердца L-тироксин оказывает не у всех. Обычно это женщины, склонные к дисритмии.

Благодарю за замечательное заседание, на котором мы заслушали настоящих профессионалов. Спасибо!



ПРОБЛЕМЫ СТАНДАРТИЗАЦИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ

ЕДИНСТВЕННЫЙ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
по стандартизации, лицензированию, аккредитации в управлении качеством в здравоохранении

ДЛЯ ОРГАНИЗАТОРОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ПРАКТИЧЕСКИХ ВРАЧЕЙ!

Публикует научно-методические и нормативные материалы по управлению качеством в здравоохранении. Со страниц журнала Вы узнаете все о протоколах ведения больных, формулярной системе, лицензировании медицинской деятельности, аккредитации медицинских организаций, медицине доказательств и клинико-экономическом анализе в управлении качеством медицинской помощи.

Журнал осуществляет первую публикацию нормативных документов системы стандартизации в здравоохранении, стандартов медицинской помощи.

Наш адрес:

115446, Москва, Коломенский проезд, 4, ГКБ № 7, Издательство «НьюДиамед».
Тел./факс: 118-74-74, E-mail: mtpndm@dol.ru, www.zdravkniga.net

СТАНДАРТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Газета Вестник МГНОТ с № 1 2006 года приступила к публикации стандартов медицинской помощи, утвержденных Минздравсоцразвития РФ, которые рекомендовано использовать при оказании медицинской помощи.

Эти стандарты мало доступны врачам.

В разработке стандартов медицинской и санаторно-курортной помощи принимали участие ведущие специалисты федеральных медицинских учреждений системы Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Российской академии медицинских наук при участии и координации отдела стандартизации в здравоохранении НИИ Общественного здоровья и здравоохранения ММА им. И.М. Сеченова, Департамента развития медицинской помощи и курортного дела и Департамента медико-социальных проблем семьи, материнства и детства

Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

В стандартах использованы коды Номенклатуры работ и услуг в здравоохранении, МКБ-10.

Частота предоставления услуги или частота назначения лекарственного средства в стандарте отражает вероятность выполнения медицинской работы (услуги) или применения лекарственного средства на 100 человек и может принимать значение от 0 до 1, где 1 означает, что всем пациентам необходимо оказать данную услугу. Цифры менее 1 означают, что настоящая услуга оказывается не всем пациентам, а при наличии соответствующих показаний и возможности оказания подобной услуги в конкретном учреждении. Среднее количество отражает кратность оказания услуги каждому пациенту.

Ориентировочная дневная доза (ОДД) определяет примерную суточную дозу лекарственного средства, а

эквивалентная курсовая доза (ЭКД) лекарственного средства равна количеству дней назначения лекарственного средства, умноженному на ориентировочную дневную дозу.

Разработчики: Хальфин Р.А., Шарапова О.В., Каторина Е.П., Мадьянова В.В., Ходунова А.А., Лукьянцева Д.В., Воробьев П.А., Авксентьева М.В. и др.

Стандарты писались на основе экспертного мнения о применении определенных услуг и лекарств при определенном заболевании. При этом, очевидно, стандарты могут содержать малоиспользуемые технологии и лекарства, часть необходимых лекарств может отсутствовать. В связи с этим важно было бы выслушать мнения врачей, единственная просьба — обновлять свои мнения доказательствами эффективности, а не ссылками на «общеупотребительность» или «так принято».

СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

1. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА

Категория возрастная: взрослые, дети

Нозологическая форма: атопический дерматит

Код по МКБ-10: L20

Фаза: обострение

Стадия: любая

Осложнение: без осложнений

Условие оказания: амбулаторно-поликлиническая помощь

Приложение
к приказу Министерства
здравоохранения и социального развития
Российской Федерации
от 23 ноября 2004 г. № 268

1.1. ДИАГНОСТИКА

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.01.001	Сбор анамнеза и жалоб в дерматологии	1	1
A01.01.002	Визуальное исследование в дерматологии	1	1
A01.01.005	Определение дермографизма	1	1
A01.31.011	Пальпация общетерапевтическая	1	1
A01.31.012	Аускультация общетерапевтическая	1	1
A01.31.016	Перкуссия общетерапевтическая	1	1
A08.05.006	Соотношение лейкоцитов в крови (подсчет формулы крови)	1	1
A11.05.001	Взятие крови из пальца	1	1
A09.05.122	Исследование уровня антител к антигенам растительного, животного и химического происхождения	0,8	1
A11.12.009	Взятие крови из периферической вены	0,8	1
A09.19.003	Исследование кала на гельминты и простейшие	0,3	1
A09.05.055	Исследование уровня сывороточных иммуноглобулинов в крови	0,1	1
A08.05.003	Исследование уровня эритроцитов в крови	0,05	1
A08.05.004	Исследование уровня лейкоцитов в крови	0,05	1
A08.05.005	Исследование уровня тромбоцитов в крови	0,05	1
A09.05.003	Исследование уровня общего гемоглобина крови	0,05	1
A09.05.023	Исследование уровня глюкозы в крови	0,01	1
A09.19.006	Микробиологическое исследование кала	0,01	1
A12.05.001	Исследование оседания эритроцитов	1	1
A12.06.006	Накожные исследования реакции на аллергены	0,5	1
B01.002.01	Прием (осмотр, консультация) врача-аллерголога первичный	1	1
B03.016.10	Копрологическое исследование	0,01	1

1.2. ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА 1 МЕСЯЦА

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.01.001	Сбор анамнеза и жалоб в дерматологии	1	2
A01.01.002	Визуальное исследование в дерматологии	1	2
B01.002.01	Прием (осмотр, консультация) врача-аллерголога первичный	0,5	1
A25.01.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях кожи, подкожно-жировой клетчатки, придатков кожи	1	2
A25.01.002	Назначение диетической терапии при заболеваниях кожи, подкожно-жировой клетчатки, придатков кожи	1	1
A25.01.003	Назначение лечебно-оздоровительного режима при заболеваниях кожи, подкожно-жировой клетчатки, придатков кожи	1	1
A13.30.003	Психологическая адаптация	1	2
A13.31.006	Обучение уходу за больным ребенком	0,5	1

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД**	ЭКД***
Средства для лечения аллергических реакций			1		
<i>Антигистаминные средства</i>			1		
		Лоратадин	0,4	10,0 мг	140,0 мг
		Цетиризин	0,4	10,5 мг	140,0 мг
		Клемастин	0,1	2 мг	28 мг
		Хлоропираamil	0,05	25 мг	250 мг
		Мекгидролин	0,05	150 мг	1500 мг
Гормоны и средства, влияющие на эндокринную систему			1		
<i>Неполовые гормоны, синтетические субстанции и антигормоны</i>			1		
		Гидрокортизон	0,5	1 г	30 г
		Преднизолон	0,2	1 г	30 г
		Триамцинолон	0,2	1 г	30 г

* — анатомо-терапевтическо-химическая классификация.

** — ориентировочная дневная доза.

*** — эквивалентная курсовая доза.

**СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ОСТРОЙ ТРЕЩИНОЙ ЗАДНЕГО ПРОХОДА;
ХРОНИЧЕСКОЙ ТРЕЩИНОЙ ЗАДНЕГО ПРОХОДА; ТРЕЩИНОЙ ЗАДНЕГО ПРОХОДА НЕУТОЧНЁННОЙ**

1. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА

Категория возрастная: взрослые, дети
Нозологическая форма: острая трещина заднего прохода; хроническая трещина заднего прохода; трещина заднего прохода неутонченная
Код по МКБ-10: K60.0; K60.1; K60.2
Стадия: любая
Осложнение: без осложнений
Условие оказания: амбулаторно-поликлиническая помощь

Приложение
к приказу Министерства
здравоохранения и социального развития
Российской Федерации
от 11 февраля 2005 г. № 29

1.1. ДИАГНОСТИКА

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.19.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии сигмовидной и прямой кишки	1	1
A01.19.002	Визуальное исследование при патологии сигмовидной и прямой кишки	1	1
A01.19.003	Пальпация при патологии сигмовидной и прямой кишки	1	1
A11.05.001	Взятие крови из пальца	1	1
A09.05.002	Оценка гематокрита	0,5	1
A09.05.003	Исследование уровня общего гемоглобина в крови	1	1
A12.05.001	Исследование оседания эритроцитов	1	1
A03.19.001	Ректоскопия	0,1	1
A03.19.002	Ректороманоскопия	0,1	1
A03.18.001	Толстокишечная эндоскопия	0,05	1
A06.19.002	Прямой кишки и ободочной двойное контрастирование	0,01	1
A06.19.001	Рентгенография нижней части брюшной полости	0,005	1
A06.18.002	Ирригоскопия	0,005	1
A06.18.003	Рентгеноконтроль прохождения контраста по толстому кишечнику	0,005	1
A09.19.002	Исследование кала на скрытую кровь	0,7	1

1.2. ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА 10 ДНЕЙ

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.19.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии сигмовидной и прямой кишки	1	2
A01.19.002	Визуальное исследование при патологии сигмовидной и прямой кишки	1	2
A01.19.003	Пальпация при патологии сигмовидной и прямой кишки	1	2
A11.05.001	Взятие крови из пальца	1	2
A09.05.002	Оценка гематокрита	0,5	1
A09.05.003	Исследование уровня общего гемоглобина в крови	1	2
A12.05.001	Исследование оседания эритроцитов	1	1
A03.19.001	Ректоскопия	0,1	1
A09.19.002	Исследование кала на скрытую кровь	0,7	1
A07.19.001	Исследование скрытой кровопотери с использованием Cr51	0,001	1
A16.19.011	Разрез или иссечение перианальной ткани	0,05	1
A19.18.001	Лечебная физкультура при заболеваниях кишечника	0,3	1
A25.19.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях сигмовидной и прямой кишки	1	1
A25.19.002	Назначение диетической терапии при заболеваниях сигмовидной и прямой кишки	1	1
A25.19.003	Назначение лечебно-оздоровительного режима при заболеваниях сигмовидной и прямой кишки	1	1

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД**	ЭКД***
Средства, влияющие на сердечно-сосудистую систему			0,7		
	<i>Антиангинальные средства</i>		1		
		Нитроглицерин	1	1 г	14 г
Анестетики, миорелаксанты			0,5		
	<i>Местные анестетики</i>				
		Лидокаин	1	0,5 г	3,5 г

* — анатомо-терапевтическо-химическая классификация.

** — ориентировочная дневная доза.

*** — эквивалентная курсовая доза.

**Книги издательства
«НЬЮДИАМЕД»
можно приобрести:**

- магазин «Дом медицинской книги» — метро «Фрунзенская»;
- магазин «Московский дом книги» — метро «Арбатская»;
- магазин «Книга и здоровье» — метро «Беговая»;
- заказать через электронный магазин медицинской литературы <http://www.zdravkniga.net/>;
- в издательстве по тел.: (095) 118-74-74, E-mail: mtpndm@dol.ru

Как получить нашу газету? БЕСПЛАТНО!

Заполните купон, и газета будет приходить к Вам. В газете публикуются материалы, статьи по важнейшим вопросам современной медицины, исторические очерки, прямая речь выдающихся врачей современности, информация о работе общества (расписания Пленарных заседаний, различных секций и приглашения для участия в секциях), отчеты о пленарных и секционных заседаниях.

Вы можете передать для внесения в базу данных сведения не только о себе, но и о своих друзьях — московских докторов, а также врачей из других регионов:

МОСКОВСКОЕ ГОРОДСКОЕ НАУЧНОЕ ОБЩЕСТВО ТЕРАПЕВТОВ			
Ф.И.О.	Почтовый адрес доставки (индекс обязательно)	Место работы	Должность
Контактный телефон:		E-mail:	

Купон высылайте в конверте по адресу:

**115446, Москва, Коломенский пр., д. 4, ГКБ № 7, кафедра гематологии и гериатрии.
Газета высылается БЕСПЛАТНО**

18 июня 2006 года ушла из жизни легендарная личность — Ася Федоровна Жукова (Церетели). Мы опубликовали интервью с ней к 60-летию Победы в Великой Отечественной войне.

Ася Федоровна Жукова родилась 21 декабря 1925 года на Украине. После окончания в 1950 году медицинского института она по государственному распределению поехала работать на Колыму. Более двух десятилетий проработала врачом на Крайнем Севере, лечила заключенных, вольнонаемных, жителей края. Работала на прииске, в штрафном лагере. Обстановка была непростая. Приходилось делать все, лечить от простуд, принимать роды, делать хирургические операции.

На Колыме Ася Федоровна вышла замуж. Муж ее — Иосиф Церетели тоже был врачом. Двадцать два года проработали они вместе на Колыме. С 1972 года Ася Федоровна жила и работала в Ялте. Сначала врачом на станции скорой помощи, потом в санатории «Узбекистан». Много лет проработала в курортной поликлинике.

В жизни Аси Федоровны была одна тайна, которую она не могла разглашать, чтобы «остаться в живых». После снятия оккупации в 1943 году Ася ушла в армию. Ее направили в разведывательное управление 3-его Украинского фронта.

Ася Федоровна ЖУКОВА



Имела награду «Вертути Милетари», золотой знак города Кракова и много медалей.

Ася Федоровна была милым, добрым и отзывчивым человеком, Врачом с большой буквы.

Редколлегия Вестника МГНОТ

ЛИЧНОСТЬ

В номере 9 (26) в мае 2006 г. в статье «Казахстан, АЛЖИР — далекий и близкий» был опубликован призыв взять шефство над музеем в поселке Малиновка. Напомним: АЛЖИР — Акмолинский лагерь жен изменников родины, созданный в 1937 г. недалеко от Астаны. Теперь там птицеводческий совхоз.

На первых порах ссылались в это место «раскулаченные» из различных уголков нашей страны. В зиму 37—38 года стали привозить туда колючую проволоку, палатки, а на вопросы ответили, что здесь будет лагерь. Все планировалось заранее, хозяйство-то — плановое.

Женщин почти одновременно стали хватать дома, в гостях, на работе и после короткого «следствия» (один формальный допрос) и без суда отправляли сюда. Условием заключения в АЛЖИР было осуждение мужа. Сроки были установлены нормативными документами силовых органов (они теперь опубликованы, их казенная холодность в заочном решении судеб тысяч людей леденит душу): чаще — 8 лет, некоторым — 5 лет.

долго, в нем была очень высокая смертность, говорят, что умерло там больше, чем в самом АЛЖИРе...

Зимой этого года в музей от имени МГНОТ был подарен компьютер с принтером и еще немного оргтехники, закуплены книги в Казахстане у Гринева — издателя, сделавшего книги об АЛЖИРе практически «на свои» деньги и хранящего их в прихожей своей квартиры. Некоторые книги были отправлены из Москвы, в частности, сборник «Доднесь тяготееет». В августе 2006 г. привезены изданные в издательстве НЬЮДИАМЕД книги Прасковьи Рыбниковой «Главы из семейного романа», Инны Гайстер (Шихеевой) «Хроника времен культа личности». Собирается уже маленькая библиотечка.

Сейчас музей АЛЖИРа неприкаянный, у Шарфа — председателя совхоза и его основателя — тяжелое заболевание и он уже ничего не может сделать. Хранительница Раиса Рамадановна получает зарплату в совхозе, но там и так денег нет. Музей негосударственный, и над ним нависла реальная угроза исчезновения.

Весной на переданные на развитие музея деньги были покрашены памятники и стенды с именами заключенных женщин. Конечно, надо бы высечь все имена заключенных, но на предложение сделать такой стенд из металла ответили, что металлический стенд тотчас украдут. Может быть... В Катюны все имена польских офицеров отлиты из чугуна, видимо для профилактики воровства.

В АЛЖИРе сидела моя бабушка — Хана Самойловна Мартинсон. Она родилась 02 июля 1894 г. в г. Кременчуг. Врач-педиатр, после революции работала на Украине, в конце 20-х годов несколько лет провела в США, перед арестом жила и работала в Москве. Арестована была в ночь с 5 на 6 марта 1938 года, приговорена 16.03.38 ОСО при НКВД СССР как член семьи изменника родины к 5 годам исправительно-трудовых лагерей. В Акмолинском лагере с 12.04.38 по 19.03.43. В 1949—53 гг. работала в Усть-Каменогорске главным врачом объединенной детской больницы. После возвращения работала педиатром в Москве в больнице им. Русакова (ныне — святого Владимира).

Умерла Х. С. Мартинсон 26 февраля 1980 г. Вот что пишет о моей бабушке П. А. Рыбникова-Бубнова в своей книге «Главы из семейного романа»:

«Когда я читаю про доброту и милосердие великого «друга заключенных» доктора Гааза, мне всегда на память приходит имя нашей современницы, замечательного детского врача Ханы Самойловны Мартинсон. Жила она во времена более жестокие и страшные, нежели ее предшественники, и посему не получила громкой известности, почета и всего того, что полагалось ей за ее человеческий и профессиональный дар.

Биография ее незаурядна, хотя, может быть, типична для людей, начавших свой путь с гражданской войны и переживших арест, лагерь и ссылки.

И если доктор Гааз был юридически свободным другом заключенных, то Хана Самойловна, будучи сама заключенной, спасла в застенках не одну детскую жизнь. И многие, ныне живущие, и уже состарившиеся, даже не знают, кому они этой жизнью обязаны.

Хана Самойловна была талантливым врачом с прекрасной дореволюционной школой, огромным опытом и куль-

Адрес: Казахстан, АЛЖИР

П. Воробьев



Памятники на месте предполагаемых захоронений вблизи Голого озера

Первых женщин привезли в феврале 38, их гоняли рубить на озере камыш, из которого месили саман для строительства бараков (глина с камышом). Им же топили печи. Рядом со строящимся лагерем был расположен казахский поселок, название которого в переводе звучит как «Голое озеро». Когда колонна женщин проходила мимо, казахские старики и дети кидались в них камнями. Женщины были этим поражены, конвоиры злорадствовали. Пока одна из женщин не споткнулась и не поскользнулась брошенный камень: это оказался курт — специально приготовленный молочный продукт наподобие творога или сыра, очень твердый, который можно долго хранить. Оказывается, местные жители пытались так подкормить женщин. Казахи им очень сочувствовали и чем могли — помогали.

Простроенные из глины и камыша саманные бараки с 46 года, по мере освобождения женщин, выводились за колючую проволоку, так как женщинам некуда было ехать: мужья расстреляны, дети по детдомам или погибли, многие родственники от них отказались. Всего за первые годы в АЛЖИРе оказалось более 8 тысяч женщин, нередко — с детьми.

Позже в лагунке был построен комплекс, детский сад, больница. В нее с середины 50-х стали свозить неизлечимых психически больных. Этот психоинтернат просуществовал

ИнтерНьюс

Появившись в офисе после долгого отпускного перерыва, многие хватаются за голову и сетуют, что лучше было бы совсем не отдыхать

Хотя на курорты теперь народ ездит круглый год, все же традиционный отпускной пик приходится на летнее время.

Но после недель безделья мы зачастую имеем в активе не бодрость, тонус и стремление свернуть горы, а головную боль, раздражение и полную апатию. Психологи называют такое состояние послепутской депрессией и считают его закономерным следствием «неправильного» отпуска. Правильный отпуск — это когда человек полностью переключается с одного вида деятельности на другой. Главная проблема — суметь забыть о работе вообще. Созваниваясь с сослуживцами и прокручивая в голове рабочие моменты, вы сами у себя крадете драгоценные часы безделья. Кроме того, двойная нагрузка — попытки отдыхать и продолжение рабочего процесса — чревата обострением хронических заболеваний.

Вторая проблема — время. Лучше не отдыхать вовсе, чем отдыхать мало. «Отпускной минимум» — две недели. Одна уйдет на адаптацию к новым условиям — смене режима дня, климата. Вторая — на собственно отдых. И желательно иметь еще одну в запасе — на реакклиматизацию, то есть возвращение к прежним условиям жизни.

Распространенная ошибка — отдыхать «за компанию». Часто стиль общения выбираете не вы, а ваше окружение. Вместо того, чтобы блаженствовать на пляже, вы тащитесь с приятелями на экскурсию или, скажем, возделываете грядки на даче свекрови. Нужно учиться твердо говорить «нет». Но даже если вам удалось с толком побездельничать в положенные недели и забыть само слово «работа», в офисе возможны осложнения. Опыт показывает, что не стоит торопиться принимать важные решения в первый же день после отпуска. Немецкие ученые высчитали, что за время удачного отдыха умственный коэффициент человека понижается на 20 пунктов. Необходимо дать себе время на активизацию интеллекта. В первый рабочий день нужно разрешить отработать только половину положенных часов. Момент выхода на работу стоит считать мини-кризисом и относиться к нему серьезно. Недовольство своей работой и жизнью в целом очень ярко проявляется именно после отпуска. Испанские психологи выяснили, что более 35% их соотечественников регулярно впадают в послепутскую депрессию.

Источник:
www.telegraf.lv

Доктор В. Баев проанализировал эффективность и стоимость лечения больных острым инфарктом миокарда при применении различных методов терапии: тромболитическими препаратами актилизе, стрептокиназа и без тромболитического в условиях специализированного кардиологического стационара

Проведен ретроспективный анализ 128 историй болезни пациентов с острым инфарктом миокарда, лечившихся в абаканской городской больнице в 2003—2005 гг. Анализ стоимости лечения выявил большой эффект от тромболитического у пожилых больных (сокращение среднего пребывания на койке до 17,5 дней и 20,2 у более молодых, 22,1 — без тромболитического). Без тромболитического для пожилых больных с острым инфарктом миокарда характерны высокая летальность, более длительное пребывание в стационаре и более высокие затраты. Поэтому применение современных агрессивных методов лечения, прежде всего тромболитического, будет более эффективным у данной категории пациентов в стоимости, исходе лечения, качестве жизни и прогнозе.

Источник:
Клиническая геронтология,
2006, № 3

Продолжение на стр. 8

ИнтерНьюс

Счастье — это работа на себя

К такому выводу пришли британские исследователи из Университета Дарема, которые сравнили отношение к своей работе у наемных работников и людей, возглавляющих собственные компании. Безусловно, открыть собственное дело гораздо сложнее, чем устроиться на работу. И не стоит думать, что, если компания пережила первые, самые сложные, годы работы, то работы у предпринимателя станет меньше. Как показывают исследования, работы у частного предпринимателя всегда будет больше, а получать за нее он будет меньше, чем человек, работающий по найму.

Предприниматели работают больше, однако тяжелая работа с ненормированным графиком, постоянный стресс и высокая вероятность в одночасье потерять все найтвое для многих людей не может перевесить радости от работы на себя. Удовлетворение от работы на себя не может сравниться с психологической отдачей человека, работающего за жалование. Судя по всему, доля людей, которые обладают достаточным авантюризмом и энергией, чтобы открыть собственное дело, в обществе всегда примерно постоянна. Мало изменяется и состав группы предпринимателей. В докладе, подготовленном учеными говорится, что процент женщин-предпринимательниц не увеличился по сравнению с 1990-ми годами. Однако именно эта группа наряду с молодежью является самой активной и склонной к риску. А значит, именно молодые бизнесмены и женщины-предпринимательницы чаще создают принципиально новые продукты и услуги, становятся двигателями экономического и технического прогресса. Как показывает исследование, те, кто смог основать успешный бизнес, не спешат покидать его. Выходят из частного бизнеса чаще всего после пенсионного возраста. Те, кто работает на себя и успешен, не спешат уходить на покой.

Источник: NEWSru.com

У никогда не вступавших в брак лиц повышен риск преждевременной смерти

В самой молодой возрастной группе (19—44 года) основными причинами преждевременной смерти являются инфекционные заболевания и внешние причины, у лиц среднего и старшего возраста — сердечно-сосудистые и другие хронические заболевания. Д-ра Р. Капланан и Р. Кроник (Калифорнийский Университет, Лос-Анджелес и Сан-Франциско, соответственно) проанализировали данные 80018 участников национального опроса населения 1989 г. Почти половина участников (47,7%) состояла в браке, каждый десятый был вдовцом (9,9%). Доля разведенных лиц составляла 12,5%, доля живущих отдельно от партнера — 3,5%, живущих вместе с партнером — 5%. У 0,4% семейный статус был неизвестен, 21% опрошенных никогда не состояли в браке. По данным национального регистра смертности, в последней группе к 1997 г. умерли 5876 человек (8,77%). По сравнению с состоящими в браке, у вдовцов риск смерти был выше на 39%, у разведенных или живущих отдельно — на 27%. Максимальный риск преждевременной смерти был у замужних холостяков — в 1,5 раза выше, чем у семейных — и особенно у мужчин. По мнению ученых, риск невступления в брак сопоставим с риском гипертонии или гиперхолестеринемии: социальная изоляция отрицательно сказывается на здоровье, причем не только в пожилом возрасте.

Источник: J. Epidemiol. Community Health 2006; 60: 760-5

Юрий Лужков запретил генно-модифицированные продукты в школах и детских садах

По распоряжению мэра Москвы Юрия Лужкова в городских школах и детских садах запрещается использовать продукты, содержащие генно-модифицированные компоненты. Последствия влияния на человека подобных добавок недостаточно изучены, поэтому городские власти решили обезопасить горожан, особенно детей, от возможных негативных результатов употребления этих продуктов. Кроме того, на упаковках продуктов, продающихся в столичных магазинах, будет обязательно указываться информация о содержании генно-модифицированных компонентов. В целом паника о генно-модифицированных компонентах ничем не оправдана.

Источник: Mednovosti.ru

Начало на стр. 7

турой, богатой интуицией и незаурядными способностями организатора. Она владела несколькими иностранными языками, в науке шла в ногу со временем, пользовалась среди своих коллег, в том числе и знаменитых, большим авторитетом и, главное, она была именно детским врачом. Даже лицо ее, напомиравшее рафаэлевских мадонн, родило ее с классическим представлением о женственности и о вечном призвании женщин — служении детям. Само ее появление около больного ребенка вселяло покой и надежность. Даже когда ребенок был серьезно болен — все знали, что если лечит она, — все будет хорошо. Дети не боялись ее и испытывали к ней полное доверие, а родители успокаивались. Она лечила мою дочь, племянников, племянниц, детей наших многочисленных знакомых — все единогласно сходились во мнении, что лучше нее детского врача не встречали...

Хана Самойловна обладала даром великолепного рассказчика. Говорила она тихо, без всякой аффектации и актерства, прекрасным литературным слогом, с тонким юмором и с долей иронии наблюдательного, умного человека. Все ее рассказы имели композиционную завершенность. Это были небольшие устные шедевры. По свежим следам ее повествований я стала записывать за ней, иногда даже дословно, и тетрадь эта в нашей семье получила название: «Новеллы Ханы Самойловны»...

«У меня было безрадостное детство. Родители были ко мне равнодушны, — вспоминает она. — Отец, очевидно, способный, но фантасзер и чудак, самоучкой изобретал что-то вроде перпетуум-мобиле и мечтал о сыне, рассчитывая, что тот продолжит поиски вечного двигателя. Родившись девочкой, я с самого начала не оправдала его надежд. Материально обеспечить семью он не умел, за что был глубоко презираем богатой родней матери, считавшей этот брак мезальянсом. Мать, очень полная и вялая, ничего не умела и не хотела уметь делать. Она целый день, лежа на диване, сетовала на судьбу и на виновника всех своих бед — мужа. К вечеру, если появлялся кто-нибудь из ее родичей, конфликт достигал апогея. Мои первые воспоминания связаны с тем, как меня, сонную, будят, под аккомпанемент скандала заворачивают в одеяло и везут на лошади в отчий дом матери, куда, через несколько часов, поздней ночью врывается отец. После долгих криков, стонаний, слез и причитаний меня снова будили, снова закутывали и везли домой».

В школу она пошла с наслаждением, училась с удовольствием, читала с упоением все, что удавалось достать и, даже завела тетрадь, куда записывала не только тронувшие ее стихи, но и поразившую ее детское воображение прозу. В средних классах она уже зарабатывала, давая уроки отстающим богатым ученикам, и тем самым поддерживала скудный семейный бюджет.

Испытав на себе горечь уютного, лишнего тепла детства, она всегда особенно чутко понимала психологию и ранимость ребенка, особенно неблагополучного. А большой ребенок, в большей или меньшей степени, всегда неблагополучен.

Уже в 50-х годах к нам поздно вечером пришла Хана Самойловна. Задержалась она у больного мальчика, которого кто-то из ее сослуживцев попросил посмотреть. Усталая и грустная она сказала: «Открыли мне дверь соседи. Предупредив, что мать больного на работе, попросили сообщить им диагноз, а рецепты оставить на столе. Вошла в комнату. Там во всю мощь орет репродуктор. Рядом с кроватью, где в одиночестве лежит семилетний мальчик, — табуретка со стаканом холодного чая, недоеденной булкой и грудой конфетных бумажек, под которыми я обнаружила градусник».

Мальчик, пока я измеряла ему температуру, очень толково рассказал о себе, о том, как и когда заболел и что мать его работает сразу в «двух кино» — в одном убирает до сеанса, а в другом — после. Температура оказалась нормальной — он поправлялся, но я не могла от него так сразу уйти: он жаждал живого общения, оно было ему необходимо». Она поменяла ему чай, перестелила постель, угостила оказавшимся у нее яблоком, села с ним беседовать и ушла только после того, как он уснул, предварительно выключив радио и притушив свет. «Заболевание может пройти бесследно, а одиночество и заброшенность в детстве оставляют след на всю жизнь», — закончила Хана Самойловна свой рассказ.

Богатая родственница дала возможность Хане Коган продолжить образование. С 1912 по 1917 год она студентка Харьковского медицинского института. Для поступления на медицинский факультет Хана самостоятельно выучила и сдала экзамен по двум языкам — латыни и английскому — их не преподавали в женской гимназии, а их знание было обязательным. Ее товарищи по институту рассказывали, что профессора предрекала ей блестящее будущее, называя ее «бриллиантом» и, говоря, что со временем она может стать «звездой первой величины». Харьковская медицинская школа начала века была одной из самых значительных. Хана была любимой ученицей выдающегося анатома Воробьева, впоследствии бальзамировавшего Ленина. На занятиях с группой он просил Анечку Коган молчать — ему важно было выяснить знание других студентов, — в знаниях Ханы он не сомневался. Много лет спустя они случайно встретились в Москве на Красной площади, где старый профессор публично расцеловал свою ученицу.

К чести Ханы Самойловны, лично от нее я никогда не слышала хвастливых рассказов ни о своих подвигах на ниве

врачевания, ни об обычных победах красивой женщины — выводы делались помимо нее. Одна известная певица Большого театра, узнав, что мы знакомы с Ханой Самойловной, попросила передать ей, что фотография Ханы Коган простояла на ее письменном столе все гимназические годы. Дело в том, что Хана Самойловна, будучи студенткой, сфотографировалась у профессионального фотографа, а последний, оценив редкую красоту ее лица, отштамповал целую серию с ее изображением и без ее ведома пустил в продажу наряду с портретами патентованных заморских красавиц. Когда она, возмущенная, об этом узнала — было поздно: все фотокарточки были распроданы. При ее нежной, поэтичной, белокурой и голубоглазой внешности трудно было предположить, что имеешь дело с сильным, энергичным, граждански целеустремленным человеком. Недаром, окончив в 1917 году институт, она ушла врачом на фронт, куда попала к концу первой мировой войны.

Работала она врачом в лагере для военнопленных, расположенном то ли в Прибалтике, то ли на Псковщине. Осенью 1917 года солдаты части, несшей охрану лагеря, начали усиленное дезертирство. Но пленные австрийские офицеры не разбежались, связанные воинской дисциплиной. Командир части решил отпустить пленных и отступить от продвижавшегося в глыбь России фронта...

Часть отступала, по дороге начался тиф. Хана осталась с несколькими больными в каком-то поселке, а когда она догнала свою часть, то выяснилось, что часть разоружена Красной гвардией и все офицеры арестованы. Свидетельства солдат части и свидетельства самой Ханы позволили спасти жизнь и вернуть в тот момент свободу офицерам.

Зиму 1917—1918 года Хана провела в Петрограде. Она неохотно рассказывала об этом периоде. В городе был голод, на улицах штабелями лежали трупы, их никто не убирал. Распространились людоедство, эпидемии. Как военного врача ее мобилизовали и послали на остров Голодаи на борьбу с эпидемией тифа. Окончилась ее фронтовая эпопея тем, что она заразилась сама и после выздоровления весной 1918 года вернулась в Харьков, где и началась ее карьера педиатра. В Харькове она встретилась с известным детским врачом, намного старше ее, Львом Мартыновичем Мартинсоном и вскоре вышла за него замуж.

Знакомству с Ханой Самойловной мы обязаны другу Льва Мартыновича — доктору Леониду Федоровичу Лимчеру, который был женат на моей родной тетке — Ксении. Первый дом, куда привел в гости Лев Мартынович свою молодую жену, были Лимчеры. Хана Самойловна, вспоминая о первом знакомстве с тетей Ксенией, рассказывала: ее поразило, что в том холодном и голодном 1919 году, когда все ходило в заштопанных, вылинявших и перелицованных отряпках, ее в бедно обставленной квартире встретила молодая, хорошенькая, элегантная женщина в длинном бархатном платье. Как потом выяснилось, этот туалет по случаю прихода гостей был тетей Ксенией взят напрокат у своей сестры Веры — певицы Харьковской оперы. В ее же собственном гардеробе было одно единственное платье, сшитое из мешковины и самолично вышитое крестиком. Обе женщины стали подругами, и дружба эта длилась до гробовой доски.

В 1921 году у Мартинсонов родился сын, а через год она овдовела. Смерть эта была трагична. Лев Мартынович должен был ехать в Москву, М.В. Фрунзе пригласил его в свой поезд. При отправлении Лев Мартынович побежал за медленно трогавшимся поездом командарма, вскочив в вагон, он упал замертво. Скончался Лев Мартынович на руках М.В. Фрунзе. Хана Самойловна сохранила благодарность к тем недолгим счастливым годам своего первого замужества, считала, Льва Мартыновича своим учителем и в память о нем при втором браке не сменила фамилию и осталась Мартинсон.

После смерти Льва Мартыновича, не без содействия Лимчера, убедившего Фрунзе, что вдова покойного хоть и молодая, но опытная и талантливая, Хана Самойловна стала домашним педиатром семьи Фрунзе. Дети болели часто, так что с ней не расставались, даже когда выезжали за пределы Харькова. Ей с сыном снимали помещение рядом...

Как-то в Харькове явился бежавший из Крыма и скрывавшийся от красных друг ее мужа детский врач Сперанский, впоследствии знаменитый академик. Он происходил из знатного аристократического рода Сперанских, был преследуем большевиками и находился, как говорится, вне закона. Хана Самойловна опять пошла к Фрунзе, чтобы тот как-нибудь легализовал положение Сперанского. Михаил Васильевич помог, но шутя, сказал: «Что Вы все за каких-то мерзавцев хлопчете?»

Через много лет, уже арестованная, на одном из пересыльных пунктов, Хана Самойловна пошла с тюремной железной кружкой за кипятком. Подойдя к титану, увидела группу женщин, одна из которых что-то увлеченно рассказывала, а остальные с интересом внимали ей. И вдруг, до нее донеслась произнесенная фамилия Фрунзе, Хана Самойловна прислушалась и поняла, что речь шла о ней... Когда говорившая кончила, одна из слушавших спросила: «Интересно, где эта женщина теперь?» Не отозвавшись, Хана Самойловна тихо ушла.

Молодая Хана Самойловна довольно скоро приобрела в Харькове репутацию хорошего детского врача и часто ходила по вызовам. Она рассказала, как в один из таких визитов познакомилась со своим вторым мужем Павлом Ивановичем



X. С. Мартинсон

Начало на стр. 7, 8

чем Коломойцевым. «Как-то в 1927 году, придя к больному мальчику по имени Валя, я не застала его матери. Меня принял Валин отец. Мальчик болел довольно долго, и каждый раз, когда я его навещала, меня неизменно встречал отец — я ни разу не видела матери Вали. Когда я, наконец, поинтересовалась ее отсутствием, то отец мальчика, Павел Иванович, мне объяснил, что мать Вали так занята общественно-политической деятельностью, что у нее просто ни на что другое не хватает времени, даже на семью. Говорил он об этом без всякого осуждения, как о факте, само собой разумеющимся. Однажды, когда я в очередной раз пришла к ним, Павел Иванович сказал мне: «Выходите за меня замуж!» Валина мать отнеслась к этому спокойно, без отрицательных эмоций, тем более, что в те годы соединившие себя, свои судьбы, зачастую в ЗАГС не ходили и штампов о браке в паспорт не ставили — она просто, без всяких разводов ушла из жизни Павла Ивановича, «а я без всяких расписок стала его женой»...

И опять же, одними из первых, с кем познакомилась Хана Самойловна своего нового мужа, стали Лимчеры. У Павла Ивановича была машина, и Хана Самойловна пригласила своих старых друзей прокатиться за город. Этот уик-энд навсегда остался в памяти обеих женщин.



Хана Самойловна с дочерью Инной

Как всегда, русская интеллигенция не может не говорить о политике, так и на этом пикнике разгорелся спор между двумя парами. Тетя Ксения и дядя Лёня были беспартийными, поэтому более беспристрастно оценивали настоящее и с опаской взирали в будущее. Дядя Лёня был прекрасным врачом и, работая в кремлевской больнице, близко соприкасался со своими элитарными пациентами, а тетя Ксения была парламентской стенографисткой. Их настораживали всевозможные процессы чистки партии, борьба за власть среди аппарата. Павел Иванович и Хана Самойловна уверяли, что это естественная болезнь роста молодого государства с принципиально новым строем. Я услышала от Лимчеров об этой полемике уже после ареста Коломойцевых. Они тяжело переживали жестокую несправедливость по адресу своих друзей и не могли успокоиться, что пострадали именно те, которые так свято верили и доказывали правоту своих убеждений.

Уже после ареста и освобождения при первом же свидании с тетей Ксенией, вспоминая тогда тот далекий день, Хана Самойловна сказала: «Я часто вспоминала наш спор. Вы были правы».

В 1928 году Павел Иванович получил пост заместителя председателя Амторга и стал нашим

представителем на американской земле, руководя закупками машин и оборудования для тяжелого машиностроения. Хана Самойловна устроилась работать в детскую клинику Шика. В Штатах у Коломойцевых родилась дочь Инна. Для детей была взята няня, а дом вела экономка. На масленицу Хана Самойловна решила угостить своих американских друзей блинами. Выяснила у экономки — умеет ли она их печь. Та ответила утвердительно и только спросила, на сколько персон их готовить. Хана Самойловна назвала число гостей. Для пропаганды этого народного, широкого и вкусного праздника было куплено и выставлено на стол все, что к блинам полагается. Пришли гости, вошла с подносом экономка и перед каждым гостем поставила по тарелке с одним единственным блином. Сначала Хана Самойловна решила, что остальные пекутся, но когда больше ничего не последовало, экономка невозмутимо сообщила, что она напекла блинов на то количество персон, которое было указано хозяйкой. Спасло положение обилие закуски, а то, что «гарнир без зайца» — американские гости так и не поняли, полагая, что блин подается как эмблема русского застолья.

Хану Самойловну поразило при наличии трезвого практицизма американок их сентиментальность. Одну из нянек она застала умиленно смотрящей на спящую Инну. Няня сказала подошедшей Хане Самойловне: «эбэи так красива, что, глядя на нее, она представляет себе мертвого ангела. Хану Самойловну испугал этот комплимент, и при первом удобном случае с этой няней расстались».

Кроме этих двух казусов, говорящих, что за океаном живут люди с отличными от нас обычаями и иной психологией, про ее жизнь в Америке я слышала мало. Но зато она почерпнула там целый ряд технических усовершенствований для больниц и других детских учреждений. В 1930 году, вернувшись из Америки, Коломойцевы переехали в Москву. В Москве Хана Самойловна работала научным сотрудником в клинике Сперанского, а с 1935 года ареста — доцентом 2-го мединститута. А Павел Иванович занимал посты в Наркомтяжпроме, был начальником строительства автодора Москва-Горький, от Наркомзема был главным инженером строительства дорог сельхозвыставки. Не берусь больше писать о Павле Ивановиче. Лично я не была с ним знакома. С Ханой Самойловной мы встретились уже после ареста Павла Ивановича. Видела я его милое лицо только на фотографиях... Арестован был Павел Иванович в ночь с 9 на 10 ноября 1937 года...

Продолжение в следующем номере

Начало на стр. 1, 3

должны решать мы. Естественно, они спускались и писали, что все не к ним. Мы что-то стали возмущенно кричать, а наш заведующий сказал: помолчите 2 недели — через 2 недели все изменится. Как только в терапии больные стали умирать от инфарктов, тут же этот приказ отменили. Но за этим жизни человеческие стояли. А иначе люди не понимают... Вот что значит врач общей практики. Вы бы хотели, чтоб вам глаз лечил человек, который в этом ничего не понимает?

— Если это банальный конъюнктивит, то почему бы и нет.

— Банальный конъюнктивит — он и сам пройдет, и без этого врача. Это как с лечением насморка каплями: лечи, не лечи — все равно 7 дней. И доступности все равно не будет, они так и останутся диспетчерами, как сейчас участковые. Все равно нужны специалисты. Сейчас по нарушениям ритма совершенно самостоятельная наука, совершенно другая, они говорят на своем языке и многие кардиологи его уже не понимают, там настолько все сложно стало. Я попала на конгресс врачей общей практики и разговаривала с врачами из разных стран о том, как у них это организовано. Прежде чем что-то организовывать, нужно было руководству посмотреть, как это у людей уже работает.

— Так смотрели.

— Не знаю, как они смотрели, пока у меня не создается такое впечатление. Даже внутри одной Литвы есть разные формы организации: например, выделяют деньги за 2000 пациентов на врача, врач сам платит за аренду помещения, при необходимости врач отправляет к специалисту, у специалиста свой бюджет, это одна система: врачу платят только за терапевтический прием. Врач мне рассказала,

Сейчас по нарушениям ритма совершенно самостоятельная наука, совершенно другая, они говорят на своем языке и многие кардиологи его уже не понимают, там настолько все сложно стало.

что она старается не брать стариков, ей в силу характера плохо работает с этой группой, но у них есть врачи, которые, наоборот, предпочитают работать со стариками, у них при этом меньше нагрузка. У них есть другая система оплаты: врачу общей практики выдаются деньги, и если он отправляет пациента на консультацию к узкому специалисту, то оплачивают эти деньги ему, то есть ВОП не заинтересован направлять пациентов к узким специалистам. Она сама делает УЗИ и многие другие исследования. Я ее спросила: а как вы решаете, достаточно ли вы компетентны в чем-то или нет, в том же УЗИ? Она говорит: ну я же не хочу сделать больному хуже. Мы все не хотим хуже, злодеи в медицину не идут.

— Ну есть же контролирующая и карающая службы.

— Когда больному навредили, карать уже поздно. От того, что они кому-то объявят выговор, лишат премии или зарплаты, или даже выгонят с работы, больному легче не станет и тем, у кого умер родственник, легче не станет.

— Семейные врачи должны быть адекватными людьми?

— Именно, а адекватных людей вообще в популяции очень мало. Мы вот недавно у себя провели проверку, как мы больных лечим. Получили результаты и обалдели. Мои врачи говорят, что этого не может быть. Ну, например, им кажется, что они всем больным с гипертонией назначают диуретики. Они все про это знают. В действительности назначают максимум 30%. Это при том, что у нас хорошие результаты, мы используем современные средства. Но в чем-то все равно перекося есть. Мы в определенный момент решили, что в соответствии с современными рекомендациями будем всем больным острым коро-

В США есть программа, называется «жить со стандартами» или «жить с рекомендациями», многие больницы включаются в нее.

нарным синдромом назначать с первого дня статины. Результаты: назначают далеко не 100%, где-то около 80%, и явно не у всех 20% противопоказания. И что интересно: женщинам назначают достоверно реже, чем мужчинам. Женщин не любят. А мне говорят, что не нужна секция про женское здоровье... Это при том, что мы в коллективе договорились, у нас есть лекарства, у нас хорошие врачи. А значит, в других случаях женщинам вообще не назначают. Это при том, что все согласны и все знают, что назначение в течение первых суток улучшает прогноз и т. д. Что-то такое случается в момент назначения лечения, что мешает.

В США есть программа, называется «жить со стандартами» или «жить с рекомендациями», многие больницы включаются в нее. У них создан специальный листочек для больных с инфарктом миокарда, там 4 пункта: назначены ли бета-блокаторы, аспирин, статины, ингибиторы АПФ. И врач на каждого пациента с коронарным синдромом заполняет такой листочек и если что-то не назначает, то должен расписать, почему. А потом на амбулаторном этапе врач должен заполнить аналогичный листок, и если появилась возможность назначить препарат, то назначить, если нет, то описать это и продолжить назначенное лечение. Так вот, это элементарное, примитивное «нововведение» позволило смертность снизить на 35%. Всего-то — листочек бумажки и 35% — ни один препарат такого сделать не может. Это вопросы организации оказания помощи. Мы тоже так сделали. Все-таки врач очень загружен, ему нужно держать в голове безумное количество информации, а тут у него эта штука, напоминающая. У врача весь кабинет должен быть обклеен алгоритмами «что делать», ведь в момент принятия решения может звонить телефон, кто-то может отвлечь, поэтому везде должны быть «напоминалки».

А. Власова, В. Буланова

Сопредседатели секции:

- Беленков Ю.Н., член-корр. РАН, академик РАМН, д.м.н., профессор
- Сандриков В.А., член-корр. РАМН, д.м.н., профессор
- Глезер М.Г., д.м.н., профессор

Программа заседания:

1. Круглый стол
2. Обсуждения
3. Доклад спонсоров

Заседание пройдет по адресу: Москва, Ленинский проспект, д. 32-А Здание Президиума Российской Академии Наук, центральный вход 3-й этаж, синий зал заседаний

Проезд до станции метро «Ленинский проспект» (первый вагон из центра) или на любом троллейбусе от станции метро «Октябрьская-кольцевая»

Сопредседатели секции:

- Савенков М.П., д.м.н., профессор, кардиолог
- Парфенов В.А., д.м.н., профессор, невролог

Программа заседания:

1. Основные доклады
2. Выступления оппонентов
3. Доклад спонсоров

Заседание пройдет по адресу: Москва, Ленинский проспект, д. 32-А Здание Президиума Российской Академии Наук, центральный вход 3-й этаж, синий зал заседаний

Проезд до станции метро «Ленинский проспект» (первый вагон из центра) или на любом троллейбусе от станции метро «Октябрьская-кольцевая»

Приглашение

«Сердце
диабетика»

26 октября 2006 года
Начало в 17.00
Вход по приглашениям

Приглашение

«Можно ли
скальпелем лечить
артериальную
гипертонию?»

(Успехи эндоваскулярной
хирургии и
консервативного лечения)

9 ноября 2006 года
Начало в 17.00
Вход по приглашениям

SCHWARZ

PHARMA

SCHWARZ PHARMA AG
Россия, Москва, ул. Усачева 33/2, стр. 5
Тел. +7 495 9330282
Факс +7 495 9330283
www.schwarzpharma.com
www.medi.ru

ВАЗОНИТ® 600 мг ретард

Научно-практическая конференция «Управление качеством в здравоохранении: лицензирование, стандартизация, клинко-экономический анализ»

4—5 декабря 2006 года

Оргкомитет конференции

Кафедра гематологии и гериатрии с курсом стандартизации в здравоохранении ФППОВ
ММА им. И. М. Сеченова

115 446, Москва, Коломенский проезд 4, ГКБ N 7

Тел./факс: (095) 118-74-74, (095) 246-01-19

E-mail: mtpndm@dol.ru

www.zdrav.net www.rspor.ru

ИНФОРМАЦИОННОЕ СООБЩЕНИЕ

Конференция организуется Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития, Межрегиональной общественной организацией «Общество фармакоэкономических исследований» (МОООФИ), Межрегиональной общественной организацией содействия стандартизации и повышению качества медицинской помощи.

Основные научные направления конференции:

- качество и доступность медицинской помощи в национальном проекте «Здоровье»;
- общие вопросы управления качеством в здравоохранении;
- разработка и внедрение стандартов специализированной медицинской помощи;
- стандартизация сестринских технологий;
- итоги и перспективы развития программы дополнительного лекарственно обеспечения;
- система управления качеством медицинской помощи медицинских организаций;
- экономический анализ эффективности применения медицинских технологий, клинко-экономический (фармакоэкономический) анализ;
- Формулярный комитет и формулярная система;
- медицина, основанная на доказательствах; оценка и выбор медицинских технологий;
- экономические аспекты фармакогенетики.

Оргкомитет приглашает принять участие в конференции специалистов всех уровней в области организации и экономики здравоохранения, фармакоэпидемиологии, клинической фармакологии, фармацевтического бизнеса, клинической медицины, лицензирования и аккредитации, страховой медицины и практического здравоохранения.

Во время конференции будет проводиться выставка с участием ведущих фирм-производителей и дистрибьюторов лекарственных средств, медицинской техники и изделий медицинского назначения.

По всем вопросам обращаться
по тел./факсу (495) 118-74-74, (495) 246-01-19
или по E-mail: mtpndm@dol.ru

Регистрационный взнос с учетом действующих налогов: 1600 рублей.

Регистрационный взнос для членов Межрегиональной общественной организации «Общество фармакоэкономических исследований» (МОООФИ) с учетом действующих налогов: 800 рублей.

Регистрационный взнос обеспечивает: аккредитацию участника конференции, публикацию тезисов, получение опубликованных тезисов и других материалов конференции, сертификат участника. Вопрос о возможности аккредитованных участников выступить с устным сообщением решается Организационным комитетом конференции на основании заявки на участие и тезисов.

Регистрационный взнос следует перечислять по курсу ЦБ на день проведения платежа на расчетный счет ООО «Медико-технологическое предприятие Ньюдиамед»:

К/с 301 018 100 000 000 005 05,

Р/с 407 028 105 000 000 004 85

в АКБ «СТРАТЕГИЯ» (ОАО)

БИК 044 579 505,

Код по ОКОНХ: 915 14, ОКВЭД — 22.12

Код по ОКПО: 189 440 19, КПП 770201001

ИНН 770 224 522 0

с пометкой «Конференция по качеству» (при необходимости высылается счет-фактура).

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ ТЕЗИСОВ

Тезисы объемом до 1800 знаков (1 страница формата А4, шрифт 12, 1,5 интервала) в 2-х экземплярах (на втором — подписи авторов) необходимо выслать в адрес Оргкомитета до 25 октября 2006 г. К тезисам прилагается дискета с электронным вариантом в Word для Windows. Возможна пересылка электронного варианта по электронной почте mtpndm@dol.ru. Тезисы будут воспроизводиться с авторского оригинала без редактирования — ответственность за ошибки и неточности лежит на авторах тезисов.

В тезисах должно быть выделено название, указаны авторы, организация, при предоставлении оригинальных исследований — цели и задачи исследования, описание методов и полученных результатов с цифровыми данными, заключение. Использование оригинальных (торговых) наименований не допускается.

Опубликованные тезисы будут получены аккредитованными участниками во время регистрации. Тезисы будут опубликованы в журнале «Проблемы стандартизации в здравоохранении».

Тезисы должны быть представлены для публикации не позднее 25 ноября 2006 года.

Тезисы направлять по адресу: 115446 г. Москва, Коломенский проезд, 4, ГКБ № 7, Кафедра гематологии и гериатрии с курсом стандартизации в здравоохранении ФППОВ ММА им. И. М. Сеченова, Оргкомитет конференции «Управление качеством в здравоохранении: лицензирование, стандартизация, клинко-экономический анализ».

Заявки на участие в конференции по прилагаемой форме направляются после перечисления регистрационного взноса и принимаются до 20 ноября 2006 г. Авторы докладов, включенных в программу конференции, получают уведомление от Оргкомитета.

Заполните заявку, обязательно указав в ней форму участия, и вышлите по адресу: 115446 г. Москва, Коломенский проезд, 4, ГКБ N 7, Кафедра гематологии и гериатрии с курсом стандартизации в здравоохранении ФППОВ ММА им. И. М. Сеченова, Оргкомитет конференции «Управление качеством в здравоохранении: лицензирование, стандартизация, клинко-экономический анализ» или по факсу (495) 118-74-74 или (495) 246-01-19. Заявки по электронной почте просим продублировать факсом или письмом.

Для иногородних участников, при наличии в заявке указания на необходимость обеспечения жильем, на время конференции бронируется гостиница.

Сорбифер® Дурулес®

Оптимальный препарат железа

Для лечения и профилактики железодефицитной анемии

Сорбифер® Дурулес® включён в новый
"Перечень лекарственных средств,
отпускаемых по рецепту врача при
оказании дополнительной медицинской
помощи отдельным категориям граждан,
имеющим право на получение
государственной социальной
помощи"

Введён Приказом
Минздравсоцразвития
от 2 декабря 2004 года
№ 296.



Регистрационное удостоверение П № 011414/01 - от 29.07.2005

Представительство АО "Фармацевтический завод ЭНС" (Венгрия) в Москве
125020 Москва, ул. Трубная, дом 11, стр. 1, 4-й этаж
Тел.: +7 (495) 225-1100, факс: +7 (495) 225-1100
Региональные представительства:
Санкт-Петербург: +7 (812) 494-1100, Екатеринбург: +7 (343) 43-0001