



ВЕСТНИК МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО

МОСКОВСКИЙ ДОКТОР

Август 2007
№ 15 (56)

НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ

К 70-м годам минувшего века на первое место среди болезней, навалившихся на человечество, вышли сердечно-сосудистые и онкологические. Тогда же громко заявил о себе СПИД. Его назвали «чумой XX века» и справедливо предрекали ВИЧ-инфекции бурное распространение в следующем веке. И, действительно, СПИД сегодня постепенно становится пандемией, растекаясь черным пятном по странам и континентам. И тем не менее, ему далеко до тихой и неприметной болезни, которая так же тихо и неприметно выдвинулась на первое место, оттеснив и инфаркт, и инсульт, и все разновидности рака. Называется эта болезнь депрессией.

В переводе с латыни depressio означает «подавление, угнетение». Бывает депрессия экономическая — она, как помните, поразила США и Западную Европу в конце 20-х — начале 30-х годов прошлого века. Бывает депрессия медицинская — она навалилась на те же США и Западную Европу в конце прошлого — начале нынешнего века. Характеризуется как подавленное, угнетенное психическое состояние, с патологически сниженным настроением и пессимистической оценкой самого себя, своего положения, окружающей действительности.

ПЛОХОЕ НАСТРОЕНИЕ

Большинство людей не обращает внимания на депрессию: смешно считать болезнью плохое настроение. Поругался с женой, или получил выговор от начальства, или потерял бумажник с деньгами и т. д. и т. п. — причин миллион. У кого не портилось настроение ну хотя бы раз в неделю, а то и по разу в день? Погрустил—опечалился и... глядишь, снова солнышко на сердце, и снова жизнь, как жизнь. Но бывает, что плохое настроение, как затянувшаяся непогода поздней осенью, — давит и давит, и все вокруг не мило, и ничего не хочется, и мысль о бренности жизни, ее бессмысленности все глубже и глубже проникает в сознание.

В Москве, на Каширском шоссе есть заведение, которое пользуется сегодня чрезвычайной популярностью — и не только у москвичей. Со вкусом построенное здание напоминает скорее какой-нибудь Дом культуры, чем больницу, хотя это и есть самая что ни на есть настоящая больница. И лечат в ней всевозможные психические расстройства, в том числе и депрессию. Называется больница Научный центр психического здоровья РАМН. Основал его выдающийся психиатр XX века Александр Владимирович Снежневский. Последние 13 лет возглавляет Центр ученик Снежневского Александр Сергеевич Тиганов, академик Российской академии медицинских наук, ученый с мировым именем. Помимо того, что он директор Центра, Александр Сергеевич занимает еще одну должность, которая тоже достаточно красноречиво свидетельствует о его профессиональной и общественной репутации — он Главный консультант Медицинского центра Управления делами Президента Российской Федерации. Вот к нему я и обратился с просьбой объяснить популярно, что же есть такое депрессия.

— Это целый комплекс симптомов, центральным среди которых является, конечно, сниженный фон настроения. С этим связано затруднение в мышлении, в получении новой информации и ее осмыслении и, наконец, двигательная заторможенность: хочется все время лежать, находиться в неподвижном состоянии, изматывает постоянная сонливость. Больные депрессией жалуются на то, что им лень читать, а при чтении в голове почти ничего не остается. Сон не дает отдыха, но еще чаще больной страдает бессонницей: или долго не может заснуть, или засыпает, но через два-три часа просыпается и томительно ждет рассвета. А потом — весь день вялый и разбитый. Производительность труда, естественно, резко падает. Среди характерных симптомов следует отметить также неожиданные подъемы или падения артериального давления, запоры, потеря аппетита. У женщин — прекращение менструаций, а у мужчин — ослабление половых функций вплоть до полной импотенции.

— Ну это уже, как говорится, совсем «кранты»...

ПРЯМАЯ РЕЧЬ

— Да, так выглядит депрессия в тяжелой форме. Но более распространены легкие депрессии и депрессии средней тяжести. Для всех для них общее — это нежелание чем-либо заниматься, отсутствие удовольствия от жизни, повышенная утомляемость. При легких и средних формах больные часто даже не обращаются к врачу, думая, что у них вот это самое плохое настроение, которое само и пройдет, или переутомление, надо дожидаться отпуска и отдохнуть. Они плохо чувствуют себя по утрам, но к вечеру человек, как говорится, расходится, это тоже заставляет думать, что никакой болезни нет, одно сплошное «расстройство компенсации».

Депрессии, о которых шла речь, относятся к так называемым меланхолическим. Но есть и другой их вид, который сопровождается ажитацией, тревогой, двигательным беспокойством. Больной все время в суете. Внешне он кажется даже очень деятельным. Но актив-

Или еще:

«Хандра ждала его на страже,
И бегала за ним она,
Как тень иль верная жена».

— Да, симптомы, на первый взгляд, типичные для депрессии. Но это как раз пример плохого настроения: Пушкин обладал очень неуравновешенным характером. Он, действительно, впадал в хандру, но достаточно скоро выходил из нее — его творческая продуктивность просто поразительна! А какая несравненная прелесть стиха, какая глубина мысли! Какая жажда жизни, какое сильное влечение к прекрасному полу! А депрессия — это, по существу, угасание, человек не горит, а коптит, у Пушкина же — постоянное горение — причем творческое горение!

«ХИТРАЯ БОЛЕЗНЬ»

— Это лишний раз доказывает, какая хитрая болезнь депрессия и как ловко она умеет маскироваться.

— Очень ловко. И что в ней очень опасно, так это то, что она часто любит маскироваться под другие заболевания. Например, сердечные, или желудочные, или какие угодно еще. Описаны случаи, когда больного мучил обычный зуд и его лечили от нейродермита, но, конечно, без толку. И только тщательное обследование позволило найти истинную причину.

— В любом лечении половина успеха зависит от правильно поставленного диагноза. Депрессия — не исключение. Но депрессия, как следует из вашего рассказа, может обмануть даже очень опытного врача.

— Не всякого. Психиатра она не обманет. Но, к сожалению, наши больные не любят обращаться к психиатрам. А ведь чем раньше начать лечение, тем больше шансов на успех.

— Почему именно депрессия вышла на первое место среди других заболеваний? Даже в такой благополучной стране, как США? Только в минувшем году по оценкам экспертов депрессия принесла экономический ущерб почти в 90 миллиардов (!) долларов — из-за снижения производительности труда и пропущенных рабочих дней. У нас такой статистики нет, но ущерб, думаю, не меньше.

— Диагностику и лечение депрессии в России затрудняют наши культурно-исторические особенности. Обращаться к психиатру многие люди боятся, даже когда их направляет к ним терапевт или невропатолог. После инфаркта или инсульта человек иногда несколько месяцев не встает, бывает нередкое, что возвращается к работе, и никто на него не косится. А не дай Бог станет известно, что сослуживец или сослуживица пролежали в психиатрической больнице и... — я даже не хочу распространяться на эту тему. Особенно страшатся психиатра чиновники и начальники, в силу все тех же предрассудков. Но загонять болезнь внутрь — это значит еще больше усилить ее. И прошу обратить внимание на такой фактор: при депрессии снижается сопротивляемость организма другим болезням. Риск инфаркта, инсульта или язвы желудка при депрессии гораздо выше, чем без нее. Вообще, все болезни от нервов, как говорил герой известного анекдота...

— Здесь, как мне кажется, большую помощь могут оказать организации Красного креста. Приведу только один пример. В Иркутске Красный крест взял на себя работу с ВИЧ-инфицированными людьми. У нас ведь обращаться в вендиспансер не любят, как и в психдиспансер. А в Красный крест идут за помощью охотно и результаты впечатляющие.

— Я бы только приветствовал такое начинание.

Великая депрессия или Болезнь № 1 XXI века

Интервью с А.С. Тигановым



ность его малопродуктивна, поэтому он ничего не успевает, мало что доводит до конца, подстегивает себя алкоголем, табаком и кофе, хотя пользы от такого подстегивания — ноль. Даже, скорее, минус. И кофе, и табак, и алкоголь — только кажется, что стимулируют, но после них становится еще хуже. Бывают депрессии дисфорические, при которых плохое настроение выливается в агрессивность, больной срывает зло на окружающих — чаще всего на подчиненных или членах семьи. В общем, круг депрессий чрезвычайно широк. Отмечу только еще один вид, так называемые иронические или улыбающиеся депрессии. Это невероятно опасный вид депрессии. Больной как бы посмеивается над своим состоянием, ему кажется, что он адекватно воспринимает мир и ладнокровно оценивает жизнь как никчемное явление. Помните, у Лермонтова: «А жизнь, как посмотришь с холодным вниманием вокруг, такая пустая и глупая штука». Среди таких больных чрезвычайно велик риск суицида.

— Творческие люди вообще склонны к переменам настроения. У Пушкина были периоды очень тяжелой депрессии. Он хорошо описал их в «Евгении Онегине»:

«Недуг, которого причину
Давно бы отыскал пора,
Подобный английскому сплину,
Короче: русская хандра
Им овладела понемногу;
Он застрелиться, слава Богу,
Попробовать не захотел,
Но к жизни вовсе охладел...»

ИнтерНьюс

Когда много денег, или к эпидемии птичьего гриппа готовы!

Администрация по контролю за продуктами и лекарствами США (FDA) зарегистрировала первую в США вакцину против возбудителя птичьего гриппа (H5N1-тип) для вакцинации людей. Эта инактивированная вакцина предназначена для иммунизации лиц от 18 до 64 лет, имеющих повышенных риск заражения вирусом птичьего гриппа. Вакцина производится швейцарской фармацевтической компанией Санофи Пастер. Вакцина уже была приобретена правительством США в рамках национального стратегического плана противодействия эпидемии птичьего гриппа. Эта вакцина не будет поступать в продажу — закупки будут осуществляться только правительством США для создания стратегических запасов вакцины.

Для изучения иммуногенности и безопасности вакцины было проведено одно многоцентровое, рандомизированное, двойное-слепое, плацебо-контролируемое исследование. Вакцину в различных дозировках получили 400 здоровых взрослых человека и 48 испытуемым было введено плацебо. Была определена оптимальная дозировка вакцины: 90 мкг. Предполагается, что при таком использовании вакцина обеспечит защиту до 45% контактировавших с вирусом. Безусловно, иммуногенность и клиническая эффективность в реальных условиях могут сильно различаться. Однако на сегодняшний день это единственные научные данные. Также не ясна экономическая целесообразность использования такой вакцины — сколько будет стоить 1 сохраненная жизнь, если вакцина действительно будет работать. Так, например, систематический обзор эффективности вакцинации против обычного гриппа у взрослых без тяжелой сопутствующей патологии (астма, муковисцидоз) показал снижение серологически подтвержденных случаев гриппа, но не клинических случаев заболевания. Грипп, также как и СПИД — не спит, однако польза профилактики до сих пор окончательно не ясна. То же относится и к птичьему гриппу (в мире всего заболели несколько десятков человек).

Источник:
FDA CDER DRUG INFO,
собственные данные

Почему люди любят возиться в грязи

Британские ученые сделали неожиданное открытие: грязь может быть использована не только в лечении иммунной системы, но и для поднятия настроения, так как содержащиеся в ней бактерии стимулируют нейроны к выработке серотонина. Действие современных антидепрессантов основано на активизации производства организмом именно этого вещества счастья. А недостаток серотонина, считают ученые, приводит к возникновению у людей депрессии. Британские специалисты признают: пока рано однозначно утверждать, что бактерия *Mycobacterium vaccae*, стимулируя нейроны к выработке серотонина, является природным антидепрессантом, в этой направленности нужно еще работать и работать. Это исследование способствует пониманию того, как организм общается с мозгом и почему здоровая иммунная система так важна для поддержания психического здоровья. Надо всерьез подумать над тем, не следует ли нам всем почаще валяться в грязи. Это исследование помогает также понять, почему дисбаланс иммунной системы приводит к тому, что человек становится уязвимым перед депрессиями и испытывает перепады настроения.

Источник:
e-news.com.ua

СВЕТСКАЯ ХРОНИКА

С 13 по 16 июня 2007 г. в Барселоне (Испания) проходил юбилейный 60 Европейский конгресс ревматологов, в работе которого приняли около 9000 участников из которых российских делегатов составило более 150 человек. Научная программа состояла из ежедневных утренних сателлитных симпозиумов, основными темами докладов и их обсуждений были: боль и качество жизни при ревматических заболеваниях, диагностика и лечение фибромиалгии, роль синовиита в физиопатологии остеоартроза и новые стратегии в его лечении, а также роль цитокинов, в том числе и интерлейкина-6 при ревматоидном артрите. Дневные и вечерние секционные заседания были посвящены этиопатогенетическим и терапевтическим аспектам основных ревматических заболеваний. Ведущей темой первого дня конгресса была псориатическая артропатия. Обсуждались спорные вопросы диагноза и современные методы лечения с включением в алгоритм терапии биологических препаратов. В последующие дни были сделаны



доклады о роли воспаления при ревматических заболеваниях и роли в нем адипокинов, а также роли сонографии в ревматологии в настоящем и будущем. Большая часть в работе конгресса была отведена стендовым докладом и устным сообщениям по их обсуждению. Из России в стендовых выступлениях приняли участие более 30 делегатов, ими были подготовлено 14 стендовых сообщений по ведущим ревматологическим направлениям. Следующий Европейский ревматологический конгресс пройдет с 11 по 14 июня 2007 г в Париже.

В. Цурко

ПРОТОКОЛЫ МГНОТ

ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ СЕКЦИИ МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ от 16.11.2006 г.

Сопредседатели секции: член-корр. РАН, акад. РАМН, проф. Ю.Н. Беленков; член-корр. РАМН проф. В.А. Сандриков; проф. М.Г. Глезер.

Постоянный оппонент проф. П.А. Воробьев

Секретарь: к. м. н. Л.А. Положенкова

Повестка дня:

«Приверженность к лекарствам и судьба гипертоника».

Заседание открыл М.П. Савенков. Лечение больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями и артериальной гипертензией до сих пор остается недостаточно эффективным, что зависит от многих причин, одной из которых является низкая приверженность больных к лечению. Приверженность — это, прежде всего, согласие больного на лечение, и нередко больной определяет сам, принимать или не принимать ему лекарства. Данную тему обсудим сегодня на заседании. Далее предоставил слово докладчикам.

1. Доц. Ю.В. Котовская (РУДН, ГКБ № 64). «Пациент с артериальной гипертензией. Как мы лечим? Чем мы лечим?»

В докладе изложены основные принципы лечения и профилактики артериальной гипертензии. Представлены согласованные позиции современных руководств по артериальной гипертензии. При артериальной гипертензии, прежде всего, необходимо добиваться целевого уровня артериального давления (общая популяция — <140/90 мм рт. ст.; сахарный диабет — <130/80 мм рт. ст.). Показано, когда следует начинать лечение артериальной гипертензии (например, при артериальном давлении — 180/110 мм рт. ст. медикаментозная терапия обязательна и т. д.); перечислены препараты первого дня лечения артериальной гипертензии (тиазидные диуретики и др.) и изложены ситуации для назначения классов антигипертензивных препаратов (например, после инфаркта миокарда показаны β-блокаторы иАПФ, после инсульта — тиазидные диуретики и иАПФ, АРА II и т. д.). Изложены программы (MOSES; АРГУС-2) тактики врача для достижения целевого уровня артериального давления. Подчеркнута необходимость комбинированной антигипертензивной терапии. Выделены положительные и отрицательные факторы, влияющие на достижение целевого артери-



ального давления (режим назначения антигипертензивных препаратов, мотивация больных и др.). Отсутствие документов, которые убеждали бы больных в необходимости постоянного лечения артериальной гипертензии, и не приверженность их к лекарствам являются одной из причин недостаточного лечения артериальной гипертензии.

Вопросы к докладчику:

Вопрос: Какой наиболее важный фактор препятствует адекватному лечению артериальной гипертензии?

Ответ: Ограниченные возможности приема лекарств из-за их дороговизны составляют 80%.

Вопрос: Что означает мотивация больных?

Ответ: Мотивация — готовность учиться и изменять свое поведение в соответствии с терапевтическими рекомендациями. Нет мотивации — нет обучения.

Замечание М.П. Савенкова: В докладе прозвучал призыв широко использовать для лечения артериальной гипертензии диуретики, но это неправильно. Во-первых, если их назначать больным с артериальной гипертензией в 40 лет, то что с ними будет в 60? Во-вторых, как быть с диабетиками?

Ответ: Не лечить артериальную гипертензию нельзя и при тяжелых ситуациях необходимо более осторожно выбирать препараты.

2. А.А. Скворцов (ИКК им. А.Л. Мясникова ФГУ РКНПК). «Как мы лечим больных сердечной недостаточностью. Есть ли нерешенные вопросы?»

Распространенность сердечной недостаточности в России составляет 2,3%. В докладе обсуждается медикаментозная терапия больных сердечной недостаточностью. Показано, что все лекарственные средства, используемые для лечения сердечной недостаточности, делятся на три группы. Основные препараты, эффект которых доказан и не вызывает сомнений (иАПФ, β-блокаторы, диуретики, сердечные гликозиды, альдактон); дополнительные (статины, АРА); вспомогательные (аспирин, нитраты, блокаторы медленных кальциевых каналов и др.). Эффективность лечения больных сердечной недостаточностью подтверждена результатами собственных данных автора, основанных на лечении 1500 больных. Подчеркнута необходимость комбинированной терапии.

Вопросы к докладчику:

Вопрос: Сердечная недостаточность — это синдром?

Ответ: Да, лечим синдром. Ведь диагноз сердечной недостаточности ставится при наличии характерных симптомов сердечной недостаточности (одышка, утомляемость, отеки) и объективных данных, свидетельствующих о том, что эти симпто-

Продолжение на стр. 3 ↗

Уважаемые читатели!

Исключительно в дни проведения XII Международной научно-практической конференции
«ПОЖИЛОЙ БОЛЬНОЙ. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ»
1—3 октября 2007 года

Льготная годовая подписка
журналов

«КЛИНИЧЕСКАЯ GERONTOLOGIA»

«ПРОБЛЕМЫ СТАНДАРТИЗАЦИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ»

«ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА И КЛИНИЧЕСКАЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЯ»

на 2008 год

СПЕШИТЕ

оформить годовую подписку журнала на 2008 г. по цене 2007 г.

Начало на стр. 2 ↗

мы связаны с патологией сердца, а не с патологией других органов.

Комментарий проф. П.А. Воробьев (ММА им. И.М. Сеченова): Одна из проблем геронтофармакологии — комплаентность. Основные ошибки в приеме препаратов (во времени, в схеме и последовательности приема):

— Недостаточная осведомленность и растерянность из-за большого количества назначенных лекарств; снижение памяти, ухудшающееся зрение, нарушение точности движений и тактильных ощущений (трудности с доставанием таблеток из упаковки).

— Ухудшение проворности рук, невозможность подобрать маленькую таблетку, а нередко — по совету врача — необходимость ее разломить. Многие таблетки имеют диаметр в 2–3 мм, а ее предлагают делить на 2 приема.

— Пациенты и их родственники могут не понять того, что им необходимо выполнять по предписанию врача (неразборчивый почерк, недостаточно подробные объяснения, врач не поинтересовался, насколько понятно пациенту, что и как надо принимать, рецепт с сигнатурой остался в аптеке).

— Недоверие врачу из-за излишней самоуверенности последнего, торопливости при назначении препарата или общего негативизма пациентов. В результате пожилые накапливают прописанные лекарства «в тумбочке», удивляя врача неэффективностью терапии и развитием резистентности.

— Использование советов посторонних лиц, сведений из рекламы и средств массовой информации.

— Прием заимствованных у кого-либо лекарства (например, лекарства супруга).

— Замена лекарства на БАДы (с совпадающими по рекламе свойствами).

— Снижение дозы и самостоятельное изменение режима приема из-за боязни осложнений (в частности, — после чтения инструкции и обнаружения в ней большого перечня осложнений).

Ошибки врача, назначающего лекарства:

— Слишком часто назначают препараты, даже тогда, когда можно обойтись без них вовсе. Врачу, зачастую, проще назначить что-нибудь на приеме, чем объяснить возможности лечения диетой, физическими упражнениями, изменения в образе жизни и т. д.

— Слишком много назначают — избыточные дозировки, избыточный ассортимент (полипрагмазия).

— Назначение препаратов с недоказанным действием и неизученными осложнениями, нередко — из-за их относительной дешевизны.

— Назначают в неадекватных дозах, не учитывая изменений во всасываемости у пожилых, метаболизма лекарственных средств, извращения чувствительности к отдельным препаратам и их совместимость.

— Лекарственная терапия назначается на неадекватное время — или короткими курсами там, где нужна постоянная терапия или, наоборот, длительно там, где можно обойтись относительно коротким курсом.

В заключение обращено внимание врачей на то, что только 5–7% лекарственных средств обладают реальной (доказательной) эффективностью и лишь 1% — обладает уникальным действием.

Доклады спонсоров

Компания Мерк Шарп и Доум. К. м. н. В. Бульба.

Сообщение посвящено рекомендациям по лечению артериальной гипертонии. Акцент сделан на эффективность комбинированной антигипертензивной терапии, в состав которой входят диуретики. Из группы антигипертензивных препаратов выделен Ко-Ренитек (Эналаприл малеат + гидрохлортиазид), который показан всем больным с АД >160/90 мм рт. ст.; с сахарным диабетом; с высоким риском развития сердечно-сосудистых осложнений). Положительные эффекты Ко-Ренитека и его преимущества по сравнению с другими антигипертензивными препаратами способствовали достижению высокой приверженности пациентов к лечению этим препаратом.

Проф. Г.А. Барышникова (ФГУ РГМУ). «Приверженность к лечению бета-адреноблокаторами».

В России из-за сердечно-сосудистых заболеваний ежегодно умирает 1,2–1,3 млн человек (54% всех случаев смерти). В этой связи докладчик обратила внимание присутствующих на необходимость поиска новых и более эффективных препаратов. Изложив факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (изменяемые и неизменяемые), подробно остановилась на артериальной гипертонии, являющейся основным фактором риска. Распространенность артериальной гипертонии в России (артериальное давление ≥140/90 мм рт. ст.) составляет до 39,5%. Перечислив причины, мешающие достижению целевого артериального давления (многообразие патофизиологических механизмов повышения артериального давления, низкая приверженность больных к лечению и т. д.), перечислила антигипертензивные препараты, обосновав необходимость применения бета-блокаторов. Из них предпочтение следует отдавать препарату Небилет (Небиволол), это препарат III-го поколения, обладающий наивысшей β₁-селективностью среди современных препаратов. Подчеркнув особенности его антигипертензивного эффекта, отметила, что Небилет эффективен в 70–75% случаев лечения артериальной гипертонии, даже при монотерапии, это определяет приверженность к терапии.

Заключение

В заключение М.П. Савенков сказал, что с артериальной гипертонией не так все просто. Наши больные нередко отказываются от лечения и рекомендации врача. Если врач не сумеет убедить больного в эффективности назначаемой терапии, эффекта не будет. Лечение больных артериальной гипертонией происходит не в поликлинике, а дома, на работе и нередко без контроля артериального давления. Также известно, что артериальная гипертония гетерогенна и подход к лечению должен быть индивидуальным. Врачам необходимо добиваться не просто целевого уровня артериального давления, а индивидуального целевого артериального давления.

— **Насколько влияет на возникновение и развитие депрессии образ жизни?**

— Безусловно, влияет. Любое нервное перенапряжение, отсутствие физических нагрузок, злоупотребление теми же табаком, кофе, алкоголем — все это, конечно же, усиливает течение депрессии, способствует переходу её в тяжелые формы. Сочетание медикаментозного лечения со здоровым образом жизни позволяет свести депрессию на нет. Но достаточно нарушить этот паритет — и рецидив обеспечен. А дальше все начинается по новой, и каждый раз выходить из заколдованного круга все труднее.

Депрессия не так страшна, как рак или инсульт, но только в том случае, если держать ее в узде. Одних лекарств мало, выпить таблетку — дело нехитрое, никаких усилий для этого не требуется. А вот бросить курить, совершать перед сном хотя бы получасовую прогулку, а утром, проснувшись, те же полчаса уделить элементарной зарядке, приучить себя к контрастному душу, — для этого требуются усилия, воля. Чрезвычайно важно также соблюдать режим труда и отдыха. Все это — прописные истины, любой мало-мальски культурный человек знает их. Знает — но не соблюдает. Так что, если вас замучило плохое настроение, обязательно сначала сходите на прием к психиатру, а затем попробуйте отнестись серьезно к прописным истинам.

Начало на стр. 1 ↗

ПРОПИСНЫЕ ИСТИНЫ

— **Но древние греки считали: «В здоровом теле — здоровый дух». То есть депрессия как болезнь нервов порождается соматическим заболеванием, иначе заболеванием тела?**

— Не все, что говорили древние греки, следует считать истиной в последней инстанции. Они, кстати, первыми выделили депрессию как заболевание и называли ее меланхолией. В буквальном переводе это означает «черная желчь», то есть отравление больного желчью. Когда выяснилось, что желчь не причем, меланхолию переименовали на депрессию — это более точно.

— **Если желчь не причем, тогда что «причем»?**

— Причин депрессии так же много, как и ее видов. Повторяю: точно определить причину и характер депрессии может только психиатр. И только при личном общении. Не хочу никого пугать, но запущенная депрессия, как и любая другая запущенная болезнь, лечится тем труднее, чем больше она запущена. Излечить депрессию полностью, коль скоро она пристала, трудно, но чаще всего возможно. Есть много хороших лекарств, применяя которые постоянно, можно держать депрессию в узде, не выпуская джину из бутылки.

ИнтерНьюс

От геликобактера есть хоть какая-то польза

Дети, инфицированные *H. pylori*, имеют меньшую вероятность развития астмы и других аллергических заболеваний во взрослой жизни в сравнении с неинфицированными детьми, сообщают американские исследователи. Данное утверждение основано на анализе результатов обследования 7663 взрослых пациентов, принявших участие в Third National Health and Nutrition Examination Survey. Все субъекты были проверены на наличие инфекции *H. pylori*, и подгруппе в выборке были проведены кожные тесты. Исследование обнаружило, что субъекты, серопозитивные для *saqA* + штаммов *H. pylori*, имели значительно меньшую вероятность развития астмы, чем серонегативные пациенты (отношение шансов (ОШ) = 0,79). Интересно, что обратная ассоциация между серопозитивным статусом *saqA* + и начинающейся в детстве астмой была более сильной, чем для болезни со взрослым началом (ОШ = 0,63 и 0,97, соответственно). Инфицирование *H. pylori* (особенно *saqA* + штаммом) было обратно пропорционально связано с текущим (ОШ = 0,77) или поставленным в течение жизни (ОШ = 0,77) диагнозом аллергического ринита, особенно с ринитом, дебютирующим в детском возрасте (ОШ = 0,55). Наконец, отмечались последовательные обратные корреляции между колонизацией *H. pylori* и симптомами аллергии в предыдущем году и сенсибилизацией к пыльце и плесневым грибкам. Авторы исследования, Ю. Чен и М. Блезер из Нью-Йоркского Университета, говорят, что эпидемиологические тенденции подтверждают гипотезу, что *H. pylori*, предположительно, защищает от развития астмы. По мнению авторов, данный эффект может быть частично опосредован защитой против гастро-эзофагеального рефлюкса, благодаря усиленной *saqA* ± индуцированной желудочной атрофии. Настоящие наблюдения также совместимы с «гигиенической гипотезой», предполагающей, что микробные инфекции в период раннего детства могут предотвратить или уменьшить вероятность атопической сенсибилизации и астмы. Для подтверждения результатов наблюдений и идентификации механизмов необходимы дополнительные исследования.

Источник:
solvay-pharma.ru

Прерывание беременности не повышает шанс заболеть раком груди

Перенесенные аборт и выкидыши не увеличивают риск последующего развития рака груди. К такому выводу пришли ученые из Гарвардской медицинской школы и Бостонской больницы Brigham and Women's Hospital по результатам исследования с участием 105000 женщин. В 1993 г. был проведен опрос участниц — здоровых женщин в возрасте от 29 до 46 лет. Среди прочих, в анкете имелись вопросы о перенесенных абортах и самопроизвольных выкидышах. Выяснилось, что 15% опрошенных перенесли аборт, у 21% женщин имел место выкидыш. Ученые под руководством К. Мишелс наблюдали участниц исследования в течение 10 лет. За этот период у 1458 женщин развился рак груди. Проанализировав полученные данные, ученые пришли к выводу, что «ни искусственные, ни самопроизвольные аборт не влияют на частоту случаев рака груди». По словам Мишелс, на риск развития онкологического заболевания не оказывало влияния ни количество аборт, ни возраст женщины, когда был сделан аборт, ни срок, на котором произошло прерывание беременности. Таким образом, исследование американских ученых опровергло данные Национального института рака о возможной взаимосвязи между перенесенным аборт и раком груди, появившиеся в 2002 году.

Источник:
solvay-pharma.ru

ВНИМАНИЕ! ВПЕРВЫЕ УНИКАЛЬНОЕ ИЗДАНИЕ
НАСТОЛЬНАЯ КНИГА ДЛЯ ГЕМАТОЛОГА, ОНКОЛОГА И ПАТОЛОГА!

АТЛАС
ОПУХОЛИ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ
Под редакцией **А.И. Воробьева** и **А.М. Кременецкой**
Издательство «НьюДиамед»
2007 г.

Уникальное фундаментальное издание отражающее новейшие достижения в гематологии. В книге рассматриваются закономерности опухолевой прогрессии гемобластозов; современное представление о строении лимфатической системы и дифференцировании лимфоцитов; описаны современные диагностические методы. Огромное количество хорошо выполненных высококачественных фотографий и микрофотографий, рисунков и схем делает Атлас незаменимой настольной книгой для врачей широкого круга лечебных специальностей: гематологов, онкологов, терапевтов, а также специалистов в области морфологии, гистологии, цитологии. Широко представлены различные нозологические формы лимфатических опухолей. Кратко дается характеристика современных высокоэффективных методов лечения.



ИнтерНьюс

Скоро алкоголиков будут вылечивать

Научно-исследовательский институт Скриппса и фармацевтическая компания Eli Lilly заявили о том, что им удалось изобрести лекарство, с помощью которого можно легко избавиться от неизлечимого, казалось бы, похмелья и даже победить зеленого змия. Сообщается, что химический препарат, получивший название МТІР, блокирует действие так называемого свободного кортикотропина, который приводит организм в состояние стресса и побуждает алкоголиков «лезть в бутылку» снова и снова. Правда, стоит отметить, что эффективность этого средства была проверена пока лишь на животных: в качестве подопытных кроликов выступили многострадальные крысы, половину из которых исследователи вводили в состояние запоя, а другую половину «снабжали» большими дозами алкоголя. После курса лечения препаратом МТІР оказалось, что подавляющее большинство грызунов всячески избегали употребления чрезмерно большого количества спиртного и не «срывались» в стрессовых ситуациях. При этом для «запойных» крыс новое средство оказалось куда эффективнее, чем для представителей второй группы. В связи с этим исследователи сделали вывод, что их препарат является «сверхактивным» для особей «с длинной алкогольной историей». Кроме того, выяснилось, что он не обладает побочным действием и не разрушает органы пищеварения. Алкоголизм — хроническое заболевание, к которому возвращаются девять из десяти пациентов, прошедших традиционный курс лечения, а потому любое средство, которое ослабляет влияние зеленого змия, должно приветствоваться современной наукой. А некоторые ученые и вовсе заявили, что новый препарат может применяться при лечении депрессии, также характеризующейся высоким уровнем содержания кортикотропина. Нам же остается дожидаться результатов аналогичного эксперимента уже над людьми, который начнется совсем скоро.

Источник:
www.utro.ru

Доктором Г.И. Костюченко опубликован обзор, посвященный клиническому значению, возрастным особенностям, диагностике и коррекции гипергомоцистеинемии

Гомоцистеин — серосодержащая аминокислота, не входящая в состав белка и в продукты питания, а являющаяся промежуточным продуктом обмена метионина. Гипергомоцистеинемия — нарушение метаболизма метионина вследствие точечных мутаций соответствующих генов и (или) дефицита витаминов группы В (фолиевой кислоты, В₆ и В₁₂), который проявляется повышением в крови концентрации гомоцистеина. Гомоцистеин даже в небольшой концентрации обладает выраженной цитотоксической активностью по отношению к эндотелию артерий, способен ингибировать циклооксигеназную активность в клетках эндотелия, в результате чего уменьшается продукция простаглицлина и в то же время усиливается продукция тромбосана А₂ с повышением агрегационной активности тромбоцитов. Гипергомоцистеинемия сопровождается повышенной продукцией тканевого фактора, снижением активности естественных антикоагулянтов и тканевого активатора плазминогена. Гипергомоцистеинемия является важным фактором, способствующим повреждению эндотелия.

Источник:
Клиническая геронтология,
№ 4, 2007

Владимир Михайлович Бехтерев родился 20 января (1 февраля) 1857 года в с. Сорали Вятской губернии. В гимназии учился неважно (помимо троек в выпускном свидетельстве четверки по физике и закону божьему), был очень увлечен естественными науками. Но приложить свои желания в Вятке было некуда, а сама мысль о продолжении учебы в гимназии ему была противна. Тут-то и подвернулось случайно объявление о приеме в Медико-хирургическую Академию после седьмого класса гимназии. Но, даже уже будучи студентом, Бехтерев не соби-

рался заниматься мозгом, его тянет совсем к другому: то он думает посвятить себя акушерству — интересно, как применяются точные законы механики в таком тонком деле, как рождение человека; то глазные болезни привлекают к себе его внимание: насколько законы физики способствуют исследованию зрения. В Академии состоялось знакомство Владимира Бехтерева с молодым врачом Иваном Сикорским. Сикорский часто повторял, что надо быть полным идиотом, чтобы заниматься чем-нибудь иным, нежели познанием человека. Сорок лет после этого длилась их дружба, а когда они однажды и вдруг оказались непримиримыми врагами, о предмете их розни узнал весь мир.

В больнице и в Академии Бехтерева полностью захватила наука. Но летом, после 3 курса, он уехал на войну в Болгарию. Военная кампания его длилась всего 4 месяца и закончилась жесточайшей лихорадкой. В 1878 г. он окончил Медико-хирургическую академию и был оставлен для дальнейшего обучения на кафедре психиатрии у И.П. Мерзеевского. В 1881 г. он защитил докторскую диссертацию «Опыт клинического исследования температуры тела при некоторых формах душевных болезней» и получил звание приват-доцента.

Осенью 1881 г. заговорщики-бомбисты казнили «царя-освободителя». Один из пациентов Бехтерева, сановный чиновник, в приватной беседе рассказал молодому врачу, что новый император намеревается арестовать князя Кропоткина и других видных революционеров, частных, по его мнению, к заговору. Бехтерев слушал своего словоохотливого пациента, и с удивлением прислушивался к внутреннему голосу: как предупредить (а Кропоткин в то время жил в Париже), через кого? а врачебная тайна? Через много лет Бехтерев об этом случае рассказывал своему товарищу правоведу Анатолию Федоровичу Кони: «Сообщил. Знаете, сейчас припоминаю: терзался, терзался именно в связи с нарушением клятвы».

Сразу после окончания Академии Бехтерев стал работать в области познания деятельности головного мозга. Конец XIX века для исследования мозга был чем-то схож с эпохой великих географических открытий. Карты мозга уточнялись, обрастали деталями. В перечне названий много имен, и имя Бехтерева повторяется там трижды. Бехтерев отправился в Лейпциг к Флексингу, директору психиатрической колонии, знаменитому в то время исследователю нервной системы. Железное правило Флексинга: не пускать врача в клинику, пока две пары штанов не просидит за микроскопом. Впоследствии Флексинг писал: «Здесь начал Бехтерев — этот подлинно врожденный исследователь — свой славный путь». И был неправ. Начал Бехтерев еще в Петербурге, и отправился в заграничный вояж, опубликовав уже более 50 работ.

В ту пору в ходу у исследователей мозга был единственный метод: из уплотненного в спирту мозга выделялись, выщипывались и окрашивались отдельные волокна. В книге «Проводящие пути головного и спинного мозга» Бехтерев предлагает свой «метод сравнения последовательных срезов одного направления». За этими словами стоит изнурительный многочасовой труд. Около двадцати лет рабочий стол Бехтерева был завален стеклышками со срезами. Уезжая на новое место, он всегда оставлял на старом многотысячную коллекцию срезов. Книга «Проводящие пути» была переведена на несколько языков, удостоилась золотой медали Российской Академии Наук. На ней основаны все современные атласы мозга. И один из составителей этих атласов, сам потративший на них всю жизнь, немецкий профессор Копш, произнес некогда такую фразу: «Знают прекрасно устройство мозга только двое: Бог и Бехтерев».

После Лейпцига Бехтерев отправился во Францию, в госпиталь Сальпетриер. Благодаря его основателю и руководителю профессору Шарко Сальпетриер стал Меккой невропатологов Европы. Бехтерев привез мэтру Шарко изумительно изготовленные препараты срезов мозга. Благодарность Шарко была величественной: вместо того, чтобы поручить практиканта из России одному из своих врачей, он лично показал ему интереснейшие явления применения

гипноза при истериках. Тогда гипноз только входил во врачебную практику и вокруг этого метода лечения велось немало споров. Гипноз в России был в то время под подозрением. И очень сильно рисковал тот, кто его пропагандировал. Только неустанная работа Бехтерева и его товарищей: статьи в журналах, лекции, удачно вылеченные пациенты и многое другое способствовало тому, что гипноз как метод

лечения различных недугов был принят официально. Кстати, коллективную психотерапию алкоголиков под гипнозом ввел в России тоже Бехтерев. Разработанная им методика до сих пор — с небольшими изменениями — применяется повсеместно. Сохранились уникальные кинокадры: Бехтерев гипнотизирует огромную аудиторию из специально собранных больных. Многим, очень многим это спасло жизнь, и свой последний доклад, всего за тридцать два часа до внезапной смерти, делал семидесятилетний Бехтерев как раз о коллективной психотерапии под гипнозом.

В 1884 Бехтерев стажировался в Венском университете на кафедре психиатрии, работал у Э. Дюбуа-Реймона, В. Вундта, Т. Мейнерта. Еще будучи в заграничной командировке, Бехтерев получил предложение занять кафедру психиатрии в Казанском университете. После внутренних терзаний Бехтерев все-таки согласился и вместе с женой отправился в Казань. Восемь лет преподавания в Казани — пожалуй, самый плодотворный период в жизни Бехтерева. В начале девяностых годов, спустя десять лет после «Проводящих путей спинного и головного мозга», начал выходить

его авторский семитомник «Основы учения о функциях мозга» — уникальная энциклопедия знаний человека о мозге. Это было документальным фундаментом тех идей, что под названием «нервизма» отстаивались в те годы исследователями и врачами в мире. Бехтерев употребил впервые это слово — «неврология», чтобы обозначить им круг наук о нервной системе.

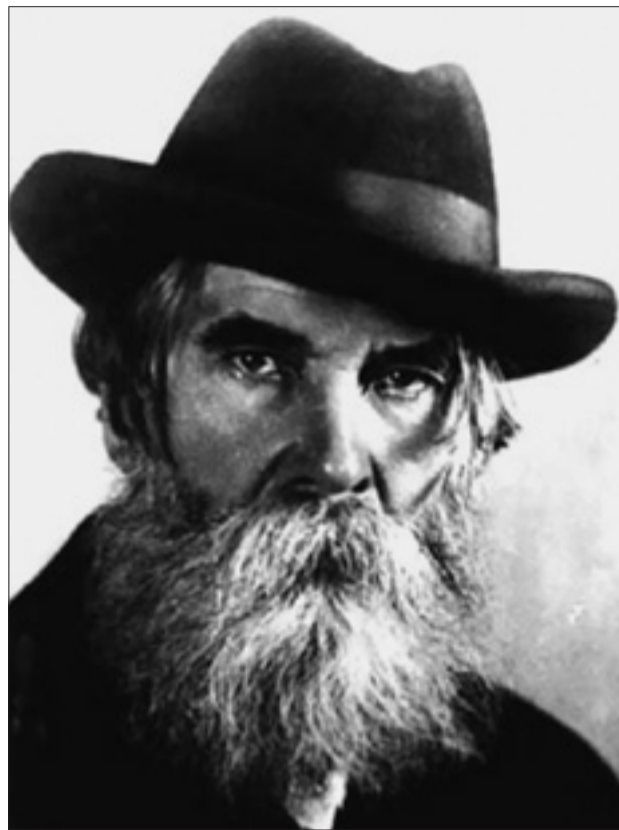
Работая в Казани, Бехтерев большую часть своих сил направил на организацию и постройку нервной клиники, условия лечения в которой соответствовали бы требованиям того времени. Потом, несколько лет спустя, когда и нервная клиника была построена, и открылось первое в мире нейрохирургическое отделение, и больные работали на огородах, шили, и другим трудом занимались, и оказалась целительной такая занятость, и приезжать стали учиться врачи со всей России, Бехтерев вдруг ощутил такую опустошенную усталость, что, провозжая век девятнадцатый, поднял тост за блаженные времена, когда ученые смогут заниматься одной только наукой. Одновременно в Казани Бехтерев создал психофизиологическую лабораторию при университете; основал Казанское общество невропатологов и психиатров и журнал «Неврологический вестник».

В 1893 Бехтерев получил приглашение от начальника Военно-медицинской академии в Петербурге возглавить кафедру неврологии и психиатрии, и занимал этот пост до 1913 года. В 1900 г. Бехтерев был избран председателем Русского общества нормальной и патологической психологии, в 1905—06 гг. состоял начальником академии. В феврале 1908 г. положил начало в Петербурге, психоневрологическому институту, открытому на частные средства, и стал его директором. Открывая новую клинику нервных болезней, Бехтерев с гордостью сказал, что в ней начинает действовать первое в мире специальное хирургическое отделение. На всех операциях в первые годы он неотлучно присутствовал сам. Открывавшиеся при институте клиники и лаборатории предназначались одному единственному научному направлению: познанию человека во всех его проявлениях нормы и патологии.

Начиная с 10-х гг. XX века Бехтерев приступил к построению собственной общепсихологической теории, названной им рефлексологией. Почти в то же время, когда известность Бехтерева достигла своего пика, в России в области физиологии нервной системы трудился еще один великий ученый — Иван Петрович Павлов. Они начинали вместе. Именно Павлов назвал многотомник Бехтерева «Основы учения о функциях мозга» энциклопедией о мозге. А затем между ними произошел разрыв. Спорили они почти по каждой из идей о назначении и работе различных отделов

Продолжение на стр. 8

*За блаженные времена,
когда ученые смогут заниматься
одной только наукой!*



Владимир Михайлович Бехтерев
150 лет со дня рождения

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 — обосновывать свои мнения доказательствами эффективности, а не ссылками на «общеупотребительность» или «так принято».

СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ СИСТЕМНЫМ СКЛЕРОЗОМ

1. Модель пациента

Нозологическая форма: системный склероз

Категория возрастная: взрослые, дети

Код по МКБ-10: M34

Фаза: любая (обострение и ремиссия)

Осложнение: вне зависимости от осложнений

Условие оказания: амбулаторно-поликлиническая помощь

Приложение
к приказу Министерства здравоохранения
и социального развития Российской Федерации
от 28 февраля 2005 г. № 172

1.1. ДИАГНОСТИКА

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.31.009	Сбор анамнеза и жалоб общетерапевтический	1	1
A01.31.010	Визуальный осмотр общетерапевтический	1	1
A02.01.001	Измерение массы тела	1	1
A02.03.005	Измерение роста	1	1
A01.31.012	Аускультация общетерапевтическая	1	1
A01.31.011	Пальпация общетерапевтическая	1	1
A01.31.016	Перкуссия общетерапевтическая	1	1
A02.06.001	Измерение объема лимфоузлов	1	1
A01.04.002	Визуальное исследование суставов	1	1
A02.04.002	Измерение объема сустава	1	1
A02.04.003	Измерение подвижности сустава (углометрия)	1	1
A02.09.001	Измерение частоты дыхания	1	1
A02.12.001	Исследование пульса	1	1
A02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	1
A02.31.001	Термометрия общая	1	1
A11.05.001	Взятие крови из пальца	1	1
A11.12.009	Взятие крови из периферической вены	1	1
A09.05.002	Оценка гематокрита	1	1
A09.05.003	Исследование уровня общего гемоглобина в крови	1	1
A08.05.004	Исследование уровня лейкоцитов в крови	1	1
A12.05.001	Исследование оседания эритроцитов	1	1
A08.05.003	Исследование уровня эритроцитов в крови	1	1
A08.05.005	Исследование уровня тромбоцитов в крови	1	1
A08.05.006	Соотношение лейкоцитов в крови (подсчет формулы крови)	1	1
A09.05.010	Исследование уровня общего белка в крови	0,8	1
A09.05.011	Исследование уровня альбумина в крови	0,8	1
A09.05.012	Исследование уровня общего глобулина в крови	0,8	1
A09.05.013	Определение альбумин/глобулинового соотношения	0,8	1
A09.05.014	Исследование уровня глобулиновых фракций в крови	0,8	1
A09.05.009	Исследование уровня С-реактивного белка в крови	1	1
A12.06.010	Исследование антител к антигенам ядра клетки и ДНК	1	1
A05.10.001	Регистрация электрокардиограммы	1	1
A05.10.007	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных	1	1
A04.10.002	Эхокардиография	0,5	1
A04.14.001	Ультразвуковое исследование печени	0,1	1
A04.14.002	Ультразвуковое исследование желчного пузыря	0,1	1
A04.15.001	Ультразвуковое исследование поджелудочной железы	0,1	1
A04.28.001	Ультразвуковое исследование почек	0,1	1
A06.09.008	Рентгенография легких	1	1
A06.03.038	Рентгенография кисти руки	0,1	1
A06.03.052	Рентгенография стопы	0,1	1
A06.16.005	Рентгенография пищевода	0,2	1
A12.06.019	Исследование ревматоидных факторов	0,1	1
A09.05.023	Исследование уровня глюкозы в крови	0,8	1
A09.05.017	Исследование уровня мочевины в крови	0,3	1
A09.05.020	Исследование уровня креатинина в крови	0,3	1
A09.05.041	Исследование уровня аспартат-трансаминазы в крови	0,8	1
A09.05.042	Исследование уровня аланин-трансаминазы в крови	0,8	1
A09.05.046	Исследование уровня щелочной фосфатазы в крови	0,1	1
A09.05.026	Исследование уровня холестерина в крови	0,5	1
A09.05.050	Исследование фибриногена в крови	0,1	1
A09.28.001	Микроскопическое исследование осадка мочи	1	1
A09.28.003	Определение белка в моче	1	1
A09.28.017	Определение концентрации водородных ионов мочи (рН мочи)	1	1
A09.28.023	Определение удельного веса (относительной плотности) мочи	1	1

2.1. ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА 6 МЕСЯЦЕВ

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.31.009	Сбор анамнеза и жалоб общетерапевтический	1	3
A01.31.010	Визуальный осмотр общетерапевтический	1	3
A01.31.012	Аускультация общетерапевтическая	1	3
A01.31.011	Пальпация общетерапевтическая	1	3
A01.31.016	Перкуссия общетерапевтическая	1	3
A02.06.001	Измерение объема лимфоузлов	1	3
A02.09.001	Измерение частоты дыхания	1	3
A02.12.001	Исследование пульса	1	3
A02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	3
A02.31.001	Термометрия общая	1	3
A11.05.001	Взятие крови из пальца	1	3
A11.12.009	Взятие крови из периферической вены	1	3
A09.05.002	Оценка гематокрита	1	3
A09.05.003	Исследование уровня общего гемоглобина в крови	1	3
A08.05.004	Исследование уровня лейкоцитов в крови	1	3
A12.05.001	Исследование оседания эритроцитов	1	3
A08.05.003	Исследование уровня эритроцитов в крови	1	3
A08.05.005	Исследование уровня тромбоцитов в крови	1	3
A08.05.006	Соотношение лейкоцитов в крови (подсчет формулы крови)	1	3
A09.05.010	Исследование уровня общего белка в крови	1	3
A12.06.010	Исследование антител к антигенам ядра клетки и ДНК	1	3
A05.10.001	Регистрация электрокардиограммы	1	1
A05.10.007	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных	1	3
A04.10.002	Эхокардиография	0,1	1
A04.14.001	Ультразвуковое исследование печени	0,1	1
A04.14.002	Ультразвуковое исследование желчного пузыря	0,1	1
A04.15.001	Ультразвуковое исследование поджелудочной железы	0,1	1
A04.28.001	Ультразвуковое исследование почек	0,1	1
A06.09.008	Рентгенография легких	0,1	1
A06.09.038	Рентгенография кисти руки	0,1	1
A06.09.052	Рентгенография стопы	0,1	1
A06.16.005	Рентгенография пищевода	0,1	1
A12.06.019	Исследование ревматоидных факторов	0,1	2
A09.05.023	Исследование уровня глюкозы в крови	0,5	2
A09.05.017	Исследование уровня мочевины в крови	0,4	3
A09.05.019	Исследование уровня креатинина в крови	0,4	3
A09.05.041	Исследование уровня аспартат-трансаминазы в крови	0,4	2
A09.05.042	Исследование уровня аланин-трансаминазы в крови	0,4	2
A09.05.046	Исследование уровня щелочной фосфатазы в крови	0,1	1
A09.05.026	Исследование уровня холестерина в крови	0,4	1
A09.05.050	Исследование фибриногена в крови	0,1	1
A09.28.001	Микроскопическое исследование осадка мочи	1	4
A09.28.003	Определение белка в моче	1	4
A09.28.017	Определение концентрации водородных ионов мочи (рН мочи)	1	4
A09.28.023	Определение удельного веса (относительной плотности) мочи	1	4
A25.06.001	Назначение лекарственной терапии при аллергических заболеваниях и иммунопатологии	1	4
A25.06.002	Назначение диетической терапии при аллергических заболеваниях и иммунопатологии	1	4
A19.31.003	Лечебная гимнастика при заболеваниях опорно-двигательного аппарата у детей	0,5	6
A23.31.001	Пособие по подбору ортопедических стелек	0,8	2
A23.31.002	Пособие по подбору ортопедической обуви	1	1
A25.04.003	Назначение лечебно-оздоровительного режима при заболеваниях суставов	1	2

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	Одд**	ЭКД***
Противоопухолевые, иммунодепрессивные и сопутствующие средства			0,5		
	<i>Цитостатические средства</i>		1		
		Циклофосфамид	0,5	100 мг	180000 мг
		Метотрексат	0,5	2,5 мг	457 мг
		Циклоспорин	0,05	200 мг	36500 мг
Средства для профилактики и лечения инфекций			0,65		
	<i>Антибактериальные средства</i>		0,5		
		Азитромицин	0,25	375 мг	5250 мг
		Кларитромицин	0,25	1 г	7 г
		Амоксициллин	0,5	2 г	14 г
	<i>Противопаразитарные и противомаларийные средства</i>		0,15		
		Гидроксихлорохин	1	200 мг	360000 мг
Гормоны и средства, влияющие на эндокринную систему			0,7		
	<i>Неполовые гормоны, синтетические субстанции и антигормоны</i>		1		
		Преднизолон	1	7,5 мг	1369 мг
Средства, влияющие на сердечно-сосудистую систему			0,8		
	<i>Гипотензивные средства</i>		1		
		Нифедипин	1	20 мг	480 мг

* — анатомо-терапевтическо-химическая классификация.

** — ориентировочная дневная доза.

*** — эквивалентная курсовая доза.

В «Положении о Формулярном комитете РАМН», утвержденном Президиумом РАМН (протокол №13 § 11 от 13.09.2006 г.), зафиксировано следующее: «Формулярный комитет является экспертным органом Президиума Российской академии медицинских наук и работает по поручению Президиума Российской академии медицинских наук. Формулярный комитет разрабатывает рекомендации и предложения в соответствии с возложенными на него задачами и представляет на рассмотрение Президиума Российской академии медицинских наук и в федеральные органы исполнительной власти в сфере здравоохранения. В составе Формулярного комитета образуются постоянно действующие комиссии, по вопросам, входящим в компетенцию Формулярного комитета, а также временные рабочие группы по сложным специальным вопросам.»

Клиническая фармакология — основа деятельности Формулярного комитета РАМН

На сегодняшний день в составе Формулярного комитета созданы:

а) фармацевтическая комиссия для рассмотрения вопросов, связанных с организационными процессами лекарственного обеспечения;

б) клинические комиссии для рассмотрения вопросов применения лекарственных средств с учетом протоколов ведения больных и стандартов медицинской помощи при заболеваниях: желудочно-кишечного тракта; сердечно-сосудистой системы; органов дыхания; центральной нервной системы; эндокринной системы; мочеполовой системы и акушерско-гинекологических; злокачественных и иммунной системы; системы кроветворения и нарушениях водно-электролитного обмена и обмена веществ; опорно-двигательного аппарата; офтальмологических; ЛОР-органов; дерматологических; инфекционных. А также: иммунологических препаратов и вакцин; лекарственных средств, применяемых в анестезиологии и реаниматологии. С 2006 г. работает Педиатрическая комиссия.

Решением Президиума Формулярного комитета образована комиссия по клинической фармакологии (Председатель член-корреспондент РАМН Ю.Б. Белоусов).

Президиум Формулярного комитета рассматривает и принимает предложения комиссий по внесению изменений и дополнений в нормативные документы, регулирующие объемы и качество оказания медицинской помощи — перечни лекарственных средств, протоколы ведения больных, стандарты медицинской помощи».

Кроме того, в специальность «клиническая фармакология», благодаря усилиям Формулярного комитета, включена как важная современная составляющая подготовка предложений по целесообразности регистрации и перерегистрации

лекарственных средств в РФ с учетом данных фармакоэпидемиологических и фармакоэкономических исследований. Это касается в том числе и программы ДЛО. Также среди новаторских введений стоит отметить формирование и регулярное ежегодное переиздание Справочника лекарственных средств Формулярного комитета (2005—2007).

На заседании Президиума Формулярного комитета РАМН 16.03.2007 г. было принято важное с позиций клинической фармакологии решение: «Немедленно изъять из перечня лекарственных средств, по которому осуществляется лекарственное обеспечение в программе ДЛО, устаревшие препараты с недоказанной эффективностью — цефброксидин, триметазидин, хондроэтинсульфат, винпоцетин, пираретам, фенотропил, арбидол, ремантадин, валидол, инозин, валокардин и др., в том числе отпускаемые без рецепта... Увеличить финансирование Государственной программы лекарственного обеспечения до 75 миллиардов рублей».

Сегодня, будучи членами Формулярного комитета РАМН, фактически в рамках специальности «клиническая фармакология» в РФ работают академики РАН и РАМН А.И. Воробьев, М.И. Давыдов, другие известные клиницисты (академики А.А. Баранов, Е.Л. Насонов, член-корреспондент РАМН Ю.Б. Белоусов и многие другие), клинические фармакологи субъектов Федерации (С.Ш. Сулейманов, В.А. Батурин, А.Л. Хохлов и др.). Одновременно клинические фармакологи академики РАМН В.Г. Кукес и В.И. Петров со своими научными коллективами не участвуют в работе Формулярного комитета. Однако эти разные направления без консолидации научных исследований, осуществляемых в рамках современной клинической фармакологии, принесут мало пользы.

На наш взгляд, обилие в настоящее время лекарственных средств, применяемых в клинике (и из года в год их число растет), требует объединения усилий клинических фармакологов с единым научным планом работы, что позволит в будущем получать более масштабные результаты исследований лекарственных средств с учетом новых технологий, применяемых в современной клинической фармакологии, в том числе и по программе ДЛО.

Как показали итоги прошедшей XVIII (81) Сессии Общего собрания РАМН, состоявшейся в г. Москве 23—25 мая 2007 г., Формулярному комитету РАМН должно уделяться гораздо большее внимание и обеспечиваться помощь в работе по специальности «клиническая фармакология» со стороны Президиума РАМН и его аппарата. Это чрезвычайно важный вопрос, так как клиническая фармакология составляет основу деятельности Формулярного комитета в современных условиях.

Секретарь Формулярного комитета РАМН
П.М. Барышев

Интервью

Как люди реагируют на известие о своей болезни

Das и Hummer (2006) проводили 2-летнее наблюдение в Дели за 1600 пациентами, которые примерно 2 раза в месяц приходили на прием к врачу и описывали свои симптомы за последнюю неделю. У части были диагностированы хронические болезни. Проведен эконометрический анализ, исследовано влияние постановки диагноза на индивидуальные поведенческие эффекты: сравнивали поведение человека до и после получения им информации о диагнозе. Выделено 3 группы людей: те, кто не сообщал о наличии хронических болезней (здоровые); те, кто сообщил о хронической болезни с самого начала (хронические больные), и те, у кого хроническое заболевание было диагностировано во время наблюдения (вновь выявленные больные).

Здоровые люди редко занимались самолечением, а хронический больной почти в 7 раз чаще занимался самолечением. До установления диагноза поведение людей с вновь выявленным заболеванием в отношении самолечения было близким к поведению здоровых, хотя вновь выявленные чаще употребляли лекарства, что очевидно связано с большим числом болезней в данной группе. На неделе, когда у пациентов этой группы были диагностированы заболевания, наблюдался огромный скачок в самолечении, и к концу периода наблюдения поведение хронических и вновь выявленных больных было одинаковым. Авторы делают выводы, что за выявлением диагноза хронической болезни следует значительное увеличение лекарственного лечения (самолечения или лечения, назначенного врачом). У всех вновь выявленных больных независимо от дохода частота самолечения выросла более чем вдвое: с 20 до 45%.

Кроме того, частота сообщений об острых заболеваниях снизилась на 23 процентных точки, причем снижение было более выраженным среди богатых (богатые лучше были осведомлены о своих хронических болезнях до начала исследования), но и бедные, и лица со средним доходом существенно реже сообщали о наличии острого состояния после диагностирования хронической болезни. При этом увеличения расходов на медицинскую помощь у людей с вновь выявленным заболеванием не наблюдалось: эти люди уже тратили деньги на лечение симптомов их хронических болезней, диагноз означал перераспределение расходов, но не их увеличение. Важно, что бедные люди в состоянии реагировать на информацию о болезни, они способны финансировать свое собственное лечение, хотя нужно учитывать, что новое лечение не потребовало дополнительных расходов.

Источник:
Мировой банк 2006

Выпущен протокол по аллергическому риниту

Аллергический ринит представляет собой глобальную проблему здравоохранения. В мире аллергическим ринитом страдают 10—25% населения, и численность продолжает расти. В Европе прямые затраты, связанные с аллергическим ринитом, ежегодно составляют 1—1,5 млрд евро, а не прямые затраты — 1,5—2 млрд евро. При оценке социально-экономического значения болезни необходимо учитывать ассоциации аллергического ринита с другими заболеваниями, в том числе с бронхиальной астмой, синуситами, средним отитом, полипозом носа, инфекциями дыхательных путей. Ведущими специалистами в области аллергологии и стандартизации в здравоохранении выпущен протокол ведения больных «Аллергический ринит».


Источник:
Проблемы стандартизации в здравоохранении № 3, 2007

Внимание, конкурс!




Это снимок грудной клетки женщины 52 лет. Что видно на этом снимке? **Правильно ответившему — приз от редакции.**
 Ответы присылать по адресу:
 115446, Москва, Коломенский пр., д. 4, ГКБ № 7,
 Кафедра гематологии и гериатрии.

БЕСТСЕЛЛЕР учебно-методической литературы!



«ЛАБОРАТОРНАЯ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА. СПУТНИК ИНТЕРНИСТА»
 Под ред. профессора П.А. Воробьева
 Издательство «НьюДиамед»

В краткой, но точной форме содержит: показатели нормы и трактовку результатов общеклинических и биохимических исследований крови, мочи, системы гемостаза, других биологических жидкостей, ЭКГ, ФВД, тестов функциональной диагностики, ультразвуковых исследований внутренних органов и др. Всего 8000 параметров. Разнообразный перечень критериев и признаков заболеваний. Для каждого исследования написаны пределы нормальных значений, возможные отклонения от нормы и трактовка этих отклонений.
 Книга — Ваш верный помощник в любой ситуации по выбору правильного диагноза.



ИнтерНьюс

Витамин D предотвращает развитие туберкулеза? Или очередная промоушен-акция?

В последние годы во всём мире отмечается рост распространённости туберкулеза. По приблизительной оценке, треть населения мира, около 2-х миллиардов человек, инфицированы *Mycobacterium tuberculosis*. Ежегодно заболевание приобретает активную форму у 9 миллионов человек и приводит к летальному исходу у 2 миллионов человек.

Витамин D применялся в терапии туберкулеза в доантибиотическую эру. Целью двойного слепого рандомизированного плацебо контролируемого исследования, выполненного A.R. Martineau с соавт. (Великобритания), являлось определить влияние однократного приёма витамина D на противотуберкулёзный иммунитет у относительно здоровых взрослых лиц, контактировавших с больными указанной инфекцией. В работу вошли данные 192 пациентов, получавших витамин D в дозе 2,5 мг однократно или плацебо с последующим наблюдением в течение 6 недель. У всех участников исследования проводилось изучение образцов крови для определения степени выраженности иммунного ответа в отношении микобактерий (люминесцентный анализ).

Согласно полученным результатам, было отмечено выраженное снижение люминесценции в присутствии крови пациентов, получавших витамин D, по сравнению с плацебо (средняя степень выраженности люминесценции 0,57 против 0,71, соответственно; 95% доверительный интервал 0,01—0,25; $p = 0,03$), что свидетельствует о подавлении роста микобактерий. Кроме того, использование витамина D было относительно безопасным и недорогим.

По мнению исследователей, терапия высокими дозами витамина D может быть эффективной в предотвращении активации латентных форм туберкулеза, однако данное предположение нуждается в дальнейшем изучении. С целью снижения частоты случаев гиповитаминоза D авторы работы предлагают вводить витамин D в состав продуктов питания, например, молока и соков, что является распространённой практикой в США и Канаде.

Источник:
Антибиотик.ру

Камни в желчном пузыре вынашивает почти половина пожилых в Москве

Популяционное скрининговое исследование жителей Москвы, проведенное сотрудниками ЦНИИ гастроэнтерологии в 2005—2006 гг., независимо от возраста желчнокаменную болезнь выявило у 37,6%. Это почти в 2 раза превышает число случаев по обращаемости. У лиц пожилого возраста распространенность этой патологии достоверно выше и составляет 43,6%. Результаты исследований свидетельствуют о большей распространенности желчнокаменной болезни у пожилых женщин (у 63%). Среди мужчин пожилого возраста она встречается реже почти вдвое (33,3%). Клиническая симптоматика у женщин чаще протекает с выраженным болевым синдромом, у мужчин клинические симптомы менее выражены. Зафиксировано отсутствие жалоб у 28,6% пациентов с наличием желчнокаменной болезни.

Источник:
Клиническая геронтология
№ 1, 2007

Начало на стр. 4 ➤

мозга. И кроме результатов лабораторных опытов у каждого был крутой характер, и чисто научные разногласия привели к личной неприязни и вражде. Они не подавали друг другу руки и не разговаривали друг с другом. Через шесть лет после смерти Бехтерева, в 1933 г. на съезде физиологов в Берне И.П. Павлов сказал хирургу Пуссепу: «Теперь только я почувствовал, насколько мне недостает клинической неврологической подготовки».

После революции, в 1918 г. Бехтерев начал проводить исследования на детях. Многие из того, что известно сегодня о младенческом периоде созревания человека, обязано началом своим неумолимому бехтеревскому любопытству. А Бехтерев и своих детей использовал для исследовательских целей. Особенно младшую, любимицу, последнюю дочь, пятого своего ребенка — Марию. Он собрал большую коллекцию детских «рисунков девочки М.» — так подписаны они были в его статье «Первоначальная эволюция детского рисунка в объективном изучении». А потом оставлена им была и эта тема. Ученики продолжили и здесь, с благодарностью ссылаясь на Бехтерева — зачинателя и вдохновителя, автора идей и методик, снова бросившего все, как только началось продвижение по размеченной им дороге. Именно Бехтерев стал в начале XX века инициатором разработки в нашей стране комплексной науки о ребёнке — педологии — и создания специального Педологического института.

Потом Бехтерев заинтересовался... дрессировкой животных, он пытался объяснить ее и связать с функцией так называемых сочетательных рефлексов. Работы в лаборатории потом перекинулись на людей. Исследуемому раздражали стопу или палец слабым ударом тока и получали двигательную реакцию. Одновременно пришло сообщение из лабораторий Павлова. Его сотрудник получил выделение слюны у собаки на звук, который несколько раз предшествовал кормлению. Тот же сочетательный рефлекс. У Павлова его назвали условным. Так опять столкнулись два гения. Именно они положили начало дисциплине рефлексологии. В 1921 г. Бехтерев вместе с известным дрессировщиком животных В.Л. Дуровым проводил опыты мысленного внушения дрессированным собакам заранее задуманных действий. Аналогичные опыты проводились и в лаборатории зоопсихологии, которой руководил В.Л. Дуров при участии одного из пионеров мысленного внушения в СССР инженера Б.Б. Кажинского. Уже к началу 1921 г. в лаборатории В.Л. Дурова за 20 месяцев исследований было проделано 1278 опытов мысленного внушения (собакам), в том числе удачных 696 и неудачных 582. Статистическая обработка материала показала, что «...ответы собаки не были делом случая, а зависели от воздействия на нее экспериментатора». Опыты с собаками показали, что мысленное внушение не обязательно должен был проводить дрессировщик, это мог быть опытный индуктор. Необходимо было только, чтобы он знал и применял методику передачи, установленную дрессировщиком. Внушение проводилось как при непосредственном визуальном контакте с животным, так и на расстоянии, когда собаки не видели и не слышали дрессировщика, а он их. Следует подчеркнуть, что опыты проводились с собаками, имеющими определенные изменения в психике, возникшие после специальной дрессировки.

Классическими в изучении телепатии и суггестии являются описанные Бехтеревым шесть опытов над дрессированной собакой Пикки (1919 г.). В четырех опытах передающим задание академика был В.Л. Дуров, а в двух остальных — сам академик, причем о своем мысленном задании он никому перед опытом не говорил. Опыты проходили в ленинградской квартире В.М. Бехтерева, т. е. в обстановке, не привычной для подопытного животного. Вот что пишет сам В.М. Бехтерев. «Третий опыт заключался в следующем: собака должна вскочить на предряльный круглый стул и ударить лапой в правую сторону клавиатуры рояля. И вот собака Пикки перед Дуровым. Он сосредоточенно смотрит в ее глаза, некоторое время охватывает ладонями ее мордочку. Проходит несколько секунд, в течение которых Пикки остается неподвижной, но, будучи освобожден, стремительно бросается к роялю, вскакивает на круглый стул, и от удара лапы по правой стороне клавиатуры раздаётся трезвон нескольких дискантовых нот. В четвертом опыте собака должна была, после известной процедуры внушения, вскочить на один из стульев, стоявших у стены комна-ты, и затем, поднявшись на стоящий рядом круглый столик, поцарапать лапой большой портрет, висевший на стене над столиком. Казалось бы, что это сложное действие собаке не так-то просто выполнить. Но Пикки превзошел все наши ожидания. После обычной процедуры (Дуров сосредоточенно смотрел в глаза собаке в течение нескольких секунд) Пикки спрыгнул со своего стула, подбежал к стулу, стоящему у стены, затем с такой же легкостью вскочил на круглый столик, и поднявшись на задние лапы, достал правой передней конечностью портрет и стал царапать его когтями... Чтобы иметь полную уверенность, я решил сам проделать аналогичный опыт, не говоря никому о том, что я задумал. Задание же мое состояло в том, чтобы собака вскочила на стоящий неподалеку круглый стул и осталась там сидеть. Сосредоточившись на форме круглого стула, я некоторое время смотрю собаке в глаза, после чего она стремглав бросается от меня и начинает бегать вокруг стула. Опыт не удался, и я понял почему: я сосредоточился исключительно на форме круглого стула, упустив из виду, что мое сосредото-

ние должно начинаться движением собаки к круглому стулу и затем вскакиванием на него. Ввиду этого я решил повторить опыт, не говоря никому о своей ошибке и поправив себя в вышеупомянутом смысле. Я снова усаживаю собаку на стул, обхватываю ее мордочку обеими ладонями, начинаю думать о том, что она должна подбежать к круглому стулу и, вскочив на него, сесть. Затем отпускаю собаку и не успеваю оглянуться, как она уже сидит на круглом стуле. Пикки разгадал мой «приказ» без малейшего затруднения...»

В 1918 г. Бехтерев возглавил организованный по его инициативе Институт по изучению мозга и психической деятельности (позже названный Государственным рефлексологическим им. В.М. Бехтерева институтом по изучению мозга). Значительным вкладом в науку стали работы Бехтерева по изучению морфологии мозга. Он открыл ядра и проводящие пути в мозге; создал учение о проводящих путях спинного мозга и функциональной анатомии мозга; установил анатомо-физиологическую основу равновесия и пространственной ориентации, обнаружил в коре головного мозга центры движения и секреции внутренних органов и т. д. Для описания сложных форм рефлекторной деятельности предложил термин «сочетательно-двигательный рефлекс».

Физиологические рефлексы Бехтерева (лопаточно-плечевой, рефлекс большого веретена, выдыхательный и др.) позволяют определить состояние соответствующих рефлекторных дуг, а патологические (тыльно-стопный рефлекс Менделя—Бехтерева, запястно-пальцевой рефлекс, рефлекс Бехтерева—Якобсона) отражают поражение пирамидных путей. Для оценки симптомов Бехтерев сконструировал специальные приборы (альгезиметр, позволяющий точно измерять болевую чувствительность; барэстезиометр, измеряющий чувствительность к давлению; миоэстезиометр, прибор для измерения чувствительности и т. д.). Бехтеревым была описана «одеревенелость позвоночника с искривлением его как особая форма заболевания» (болезнь Бехтерева, анкилозирующий спондилоартрит). Бехтеревым выделены такие заболевания, как хорейческая падуца, сифилитический множественный склероз, острая мозжечковая атаксия алкоголиков.

Бехтерев разработал объективные методы изучения нервно-психического развития детей, связь между нервными и психическими болезнями, психопатии и циркулярный психоз, клинику и патогенез галлюцинаций, описал ряд форм навязчивых состояний, различные проявления психического автоматизма. Для лечения нервно-психических заболеваний ввел сочетательно-рефлекторную терапию неврозов и алкоголизма, психотерапию методом отвлечения, коллективную психотерапию. В качестве успокаивающего средства широко использовалась микстура Бехтерева. В 1927 ему было присвоено звание заслуженного деятеля науки РСФСР.

Умер Бехтерев 24 декабря в Москве, в 1927 году, настолько неожиданно и быстро — отравился консервами поздно вечером, а ночью его уже не стало. По первой версии, смерть Бехтерева оказалась связана с его нелицеприятным отзывом о состоянии психического здоровья И. Сталина. Сталин часто срывался, он часами стоял возле зеркала, держа в руке поднятую бритву, и смотрел в никуда. Ему вызвали лучшего тогда врача, Бехтерева. Он тщательно осмотрел Сталина два раза: утром и поздно вечером, но заключение его было безрадостным. Неуравновешенная психика. Прогрессирующая паранойя с определенно выраженной подозрительностью и манией преследования. Болезнь обостряется сильным хроническим переутомлением, истощением нервной системы. Только исключительная сила воли помогала Сталину сохранять рассудительность и работоспособность. На Сталина заключение Бехтерева не произвело особого впечатления. Ему раньше уже говорили о заболевании и довольно давно, еще до революции. Но сумасшедший псих — разве может такой человек занимать руководящий пост?! Да что там лечение: Сталин боялся, как бы не получил огласку сам визит Бехтерева. Успокоился Сталин лишь тогда, когда профессор умер. Произошло это неожиданно и довольно скоро после памятного визита. Перед смертью Бехтерева у него побывали Берия и еще какой-то грузин. Они привезли ученому виноград, другие фрукты, хорошее вино. Бехтерев был весел, охотно ел, пил, но эта трапеза оказалась для него последней...

Согласно второй версии, смерть Бехтерева была непосредственно связана с его работами в области создания «идеологического оружия». А начиналось все с опытов над животными, проведенных Бехтеревым совместно с известным дрессировщиком Дуровым. Бехтереву удалось соединить собственные разработки в области «психологии толпы» с последними достижениями инженерной мысли. Это произошло в 1925 году. Как установил Бехтерев, в коллективе происходит усиление эффекта внушения, причем наиболее успешное воздействие осуществляется на эмоции. Здесь случай свел Бехтерева с Бернадом Кажинским, автором «Биологической радиосвязи». В разговоре Кажинский воспринял от Бехтерева идею об эмоциональном управлении толпой, а ему, в свою очередь, подал мысль о технических усилителях мысленных сигналов. Как раз в ту пору у Бехтерева появилась возможность обрабатывать это направление исследований при участии государственного экспериментального института. Быстро выделилось два направления. Одно из них — передача мыслей и эмоций на расстоянии, то есть телепатия, которое возглавлял Кажинский. Здесь удалось добиться определенных успехов, в основном по трансляции эмоциональных состояний.

Продолжение на стр. 9 ➤

Начало на стр. 8

Другое направление — для внушения использовалась обычная радиосеть или микрофон. Были выявлены комплексные радиосигналы определенного ритма, вызывающие у слушателей легкое гипнотическое состояние, повышающее степень внушаемости. Сначала на эти скрытые сигналы реагируют лишь немногие, самые податливые, а дальше уже идет процесс взаимной индукции, характерный для толпы. Люди, таким образом, приводятся в замороженное состояние, которое Бехтерев называл «гипнотическим очарованием». Через некоторое время характер сигналов менялся, чтобы внушенные идеи закрепились в подсознании. Поэтому этот метод использовался сходным образом при демонстрации звукового кино. Получившееся в результате экспериментов «идеологическое оружие» должно было иметь внутреннее применение. Если обычно психологическое оружие направлено на подавление и дезоргани-

зацию неприятеля, то это, напротив, должно было мобилизовать и вдохновлять «своих». Фактически это было оружие для покорения собственного народа. Такого применения Бехтерев сначала и не предполагал. Но уже с первыми успехами кто-то из сотрудников доложил в компетентные органы. Идеологи быстро оценили открывшиеся возможности. Бехтерев оказался под прицелом НКВД. К тому же власти уже не испытывали в нем нужды, поскольку метод был отработан и апробирован. Оставалось лишь внедрить его в жизнь. Этому, скорее всего, воспротивился Бехтерев. Тогда его убрали.

Последней идеей Бехтерева было создание Института Мозга. Там он собрал удивительный музей нервной системы. Бехтерев хотел, чтобы этот музей стал именно музеем мозга. Такой пантеон был учрежден. И судьба распорядилась им со свойственной ей иронией: первым оказался в музее мозг его создателя.

А. Власова

Слова «инновация», «инновационный» не вчера пришли в русский язык, в последнее время применяются все чаще и чаще. Кто-то из технарей, знакомый с термином, может сказать: появились в стране финансы, которые можно вложить в инновации. Вот и стали чаще использовать. Но мы-то в медицине, а тут все не так.

Когда технарь говорит об инновациях, он имеет в виду нечто, не лежащее на поверхности. Словари иностранных слов и ВСЕ ДРУГИЕ РУССКИЕ СЛОВАРИ толкования этих слов не дают. Это не мешает существовать даже журналу «Инновация», который поясняет на своей первой странице: «По образному выражению Джулио Грата, Инновации — это, прежде всего, состояние ума. Конечным результатом инновации является коммерческий успех. ...Версия журнала «Инновации» рассчитана прежде всего на тех, для кого создание и использование новшеств стало частью профессиональной деятельности». Это, конечно, не определение, но подтверждает догадку обывателя, что «инновация» — это про использование нового.

На рынке есть фирмы под названием «Инновация», центры инноваций. Один из таких центров на своем сайте поясняет, что «Наиболее часто этот термин связывают с наукой, техникой, изобретениями, нововведениями. Но любое новшество или изобретение становится инновацией только после его коммерциализации. Задача Центра развития инноваций состоит именно во внедрении изобретений в практическую деятельность общества». Вот так вот: не просто новое, а новое, внедренное в практику и принесшее коммерческий успех.

Впрочем, в отсутствии словарей нам есть куда обратиться — это Википедия (<http://www.wikipedia.org>). У нее есть русский вариант, и в русской Вики есть статья про инновацию: «Инновация — конкретный результат инновационной деятельности, получивший реализацию в виде нового или усовершенствованного продукта, реализуемого на рынке, нового или усовершенствованного процесса, используемого в практической деятельности... Также инновацию определяют как «нововведение, преобразование в экономической, технической, социальной и иных областях, связанное с новыми идеями, изобретениями, открытиями»... В широком экономическом смысле (инновация) предстает как завершающий акт качественной модификации технологического базиса производства, характеризующийся, с одной стороны, неопределенностью и краткосрочностью для данного звена общественного производства, а с другой — долгосрочным эффектом, достигаемым суммой инновационных актов, объединенных в непрерывный инновационный процесс».

Возможно, не всем еще понятно, почему я взялся за толкование слов? Дело в том, что все чаще речь идет об инновациях в медицине. В широком смысле — от методов управления до диагностических и лечебных вмешательств. Точно так же инновации приветствуются в педагогике. На все это даже выделяются немалые средства федерального бюджета. Между тем в этих областях (я, естественно, пекусь больше о медицине) инновации противопоказаны. Всякая спешка с применением в практике новых идей, прежде всего, приводит к большому вреду людям. «Инновационность» хирурги-

ческого вмешательства не есть его достоинство. То же и с лекарственным средством. Когда из новостей или из докладов я узнаю, что замечательные врачи энского института «выполняют такие операции, которые не делает больше никто в мире», мне хочется бежать, кричать и просить остановить этих авантюристов.

Использование термина «инновации» подтолкнуло к бюджетному пирогу немало медиков типа изобретателей «кремлевской таблетки» или фитокомплекса «берегиня» (список бесконечен и всем более или менее известен). Ведь идея инновации не несет явно (эксплицитно — хорошее еще иностранное слово!) мысли о том, что новшество должно быть эффективно в лечении болезней. У инновации, в прямом смысле, только один критерий — финансовый успех. В медицине есть масса примеров оглушительного финансового успеха инноваций вредных.

Один из самых свежих и ярких примеров — обнаружившееся отсутствие преимуществ перед простыми металлическими стентами у более «совершенных» стентов, обработанных лекарственными средствами (drug eluting stents). Интересно, что и на Руси, где вмешательства на коронарных сосудах выполняются в десятки раз меньше, чем в развитых странах, кардиологи тоже в большинстве своем перешли на эти дорогие приемы. Несмотря на то, что цена является одним из важнейших препятствий к более широкому использованию вмешательства на коронарных сосудах и стентов в частности.

В принципе широко должны применяться только те вмешательства, эффективность которых надежно доказана. Это совсем не те вмешательства, которые разрешены к применению. Разрешаются, например, лекарственные средства, показавшие, что они помогают лучше, чем пустышка (отсутствие лечения). Они совсем не обязательно лучше уже существующих. Опять же, есть масса примеров того, как более новые вмешательства широко применялись, а потом оказывалось, что они не лучше старых. Свежий пример — «новые антипсихотики», они почти совсем вытеснили старый галоперидол, хотя в разы дороже. И (вдруг!) выясняется, что они не лучше старых, а может, и хуже, вреднее. Как вы думаете, что происходило с использованием этих дорогих препаратов на Руси? Правильно! Почти полностью перешли на дорогие лекарства. Для читателей этой газеты не секрет, чем объясняется такое быстрое продвижение, почему быстро оказались на дороге заменены старые надежные, хоть и несовершенные (в психиатрии нет, к несчастью, не только совершенных, но и по-настоящему эффективных средств).

Интересно, что битва за инновации происходит в нашей стране в условиях, когда в большом числе больниц нет горячей воды, доктора поэтому не моют руки и пациенты, соответственно, гноятся каждый второй, где людям приходится из своей пенсии покупать недешевые лекарства для лечения своих хронических болезней, где каждый день происходит много чего ужасного, что надежно может быть предотвращено проверенными старыми добрыми средствами. Да, я веду именно к тому, что с точки зрения доказательной медицины движение за инновации вредно. Однозначно.

ОБЩИЙ АНАЛИЗ от В. Власова ИННОВАЦИЯ: ЧТЕНИЕ СЛОВАРЯ С УЖАСОМ

СТАНДАРТИЗАЦИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ. Лекции

Архив журнала "Проблемы стандартизации в здравоохранении" 1999–2005 гг.

Под редакцией академика А.И. Вялкова и профессора П.А. Воробьева

Издательство "Ньюдиамед" 2007 г.

Издание рекомендовано в качестве учебного пособия для системы послевузовского профессионального образования врачей: слушателей курсов тематического усовершенствования по основам стандартизации в здравоохранении, медицине доказательств и клинко-экономическому анализу, врачей и среднего медицинского персонала, получающих профессиональное последипломное образование в рамках основной специальности, а также преподавателей, проводящих занятия по данной тематике.

ИнтерНьюс

Пропагандируемая президентом США Бушем образовательная программа по половому воздержанию среди подростков не приносит никакого положительного результата

Это данные исследований, проведенных учеными из Университета Техаса. Школьники из 29 средних школ штата не только не воздерживаются от секса, а наоборот — повысили свою сексуальную активность: «Мы не увидели никаких признаков того, что все эти программы (по сексуальному воздержанию) приводят к желаемому результату», — сказал д-р Б. Пруитт, возглавлявший исследования. Между тем только в 2005 г. федеральное правительство потратило около 130 млн долларов налогоплательщиков на столь неэффективные образовательные программы, призывающие школьников к воздержанию: «Пока что окончательные выводы еще не сделаны, но мы четко увидели — никаких доказательств того, что столь большие суммы денег тратятся в нужном направлении».

В исследовании было установлено, что примерно 23% школьников в возрасте от 13 до 14 лет занимались сексом до введения уроков по половому воздержанию. После прослушивания курса все стало даже еще забавней — уже 29% девочек-подростков из тех же самых классов получили сексуальный опыт. У мальчиков-подростков в возрасте от 14 до 15 лет дела обстоят еще более «запущенней» — если до программы сексом занималось 24%, то после — уже 39%!

Д-р Пруитт надеется, что полученные результаты смогут привести к изменениям в программах по сексуальному образованию подростков: «Эти программы больше нацелены на политику воздержания, чем на самих детей, поэтому они требуют существенного изменения способа подачи материала и его содержания».

Например, в одной из программ преподаватели пытаются вызвать у школьников «чувство собственного достоинства» на основании теории, что якобы уверенные в себе подростки не занимаются сексом. А в некоторых программах секс как таковой даже не упоминается, что, по словам Пруитта, вообще не приносит никакого эффекта.


Хотя те программы, что делают упор на социальные нормы поведения, могут оказаться более успешными, добавил исследователь.

Источник:
Россия-Он-Лайн

Лечить или оперировать — вот в чем вопрос?

Доктор И. Самородская обобщила результаты метаанализов и систематических обзоров по проблеме эффективности методов реваскуляризации миокарда в сравнении друг с другом и с медикаментозной терапией при стабильной стенокардии. Обзор выполнен без количественного объединения результатов в метаанализ. Выявлены доказательства преимущества АКШ над медикаментозной терапией по выживаемости у больных с определенными клиническими характеристиками, но не по предотвращению инфаркта миокарда; преимущества АКШ над эндоваскулярной реваскуляризацией миокарда по частоте повторных реваскуляризаций, но не по увеличению продолжительности жизни (исключение — пациенты с сахарным диабетом); преимущества стентирования коронарных артерий над транслюминальной баллонной ангиопластикой (ТЛБА) по частоте повторных реваскуляризаций, но не по увеличению продолжительности жизни и предотвращению инфаркта миокарда (аналогичные результаты получены в отношении стентов с покрытием и без покрытия). Также выявлены доказательства преимущества АКШ, трансмиокардиальной лазерной реваскуляризации, стентирования и ТЛБА над медикаментозной терапией по облегчению симптомов стенокардии. Ни один из методов реваскуляризации не заменяет полностью консервативное лечение.

Источник:
Проблемы стандартизации в здравоохранении № 2, 2007



**СТАНДАРТИЗАЦИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ.
Лекции**

Архив журнала "Проблемы стандартизации в здравоохранении" 1999–2005 гг.

Под редакцией академика А.И. Вялкова и профессора П.А. Воробьева

Издательство "Ньюдиамед" 2007 г.

Издание рекомендовано в качестве учебного пособия для системы послевузовского профессионального образования врачей: слушателей курсов тематического усовершенствования по основам стандартизации в здравоохранении, медицине доказательств и клинко-экономическому анализу, врачей и среднего медицинского персонала, получающих профессиональное последипломное образование в рамках основной специальности, а также преподавателей, проводящих занятия по данной тематике.

ИнтерНьюс

Доктором Е.Ю. Васильевой с коллегами были пролечены 521 пациент с острым инфарктом миокарда с подъемом ST на ЭКГ, 226 больным проводилась тромболитическая терапия инфузией стрептокиназы, из них 50 пациентов были старше 75 лет

Признаком восстановления коронарного кровотока считали уменьшение элевации сегмента ST на 50% и более на ЭКГ, снятой через 3 часа после начала тромболитической терапии. Частота ЭКГ-признаков реперфузии у больных моложе и старше 75 лет достоверно не различалась, составляя соответственно 69 и 74%. Тромболитическая терапия достоверно снижала летальность в целом и у пациентов старше 75 лет. У пациентов старших возрастных групп было достоверно увеличено число геморрагических осложнений, но клинически не значимых. Количество серьезных кровотечений, оказавших влияние на прогноз или потребовавших переливания жидкости и компонентов крови, достоверно не повысилось. Тромболитическая терапия у пациентов с острым инфарктом миокарда старческого возраста можно считать безусловно оправданным при отсутствии противопоказаний.

Источник:

Клиническая геронтология,
№ 4, 2007

Телесное тепло как источник питания

В своеобразную динамомашину превратили британские учёные человеческое тело, которое вырабатывается во время движения. Его можно будет использоваться вместо батарей для кардиостимуляторов. Пациент, носящий данное изобретение, избавлен от необходимости каждые 10 лет ложиться на хирургическую операцию по замене источника питания. Правда, специалисты не идеализируют своё изобретение, признавая, что оно пока далеко от совершенства.

На создание новой технологии потрачен миллион фунтов стерлингов. Скорее всего, немало средств потребуется и на её доработку. Поскольку речь идёт о прототипе, повсеместной замены батарей на микрогенераторы в кардиостимуляторах в ближайшее время рассчитывать не стоит.

Источник:

DailyTech News

Участвуйте в обновлении МКБ-10!

Всемирная организация здравоохранения начинает новый проект — обновление Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра. Работы по обновлению будут идти вначале в сети Интернет, на сайте: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr13/en/index.html>

Любой желающий может внести свои предложения по изменению классификации. На сайте можно ознакомиться с уже поступившими предложениями, а также обсудить их на форуме. Позднее предложения будут рассматриваться международной группой экспертов. Первая встреча запланирована на апрель 2007 года.

Источник:

<http://rspor>

Терапевты относительно редко прибегают к трансфузиям компонентов крови. Однако необходимо помнить, что переливание этих сред имеет строго ограниченные показания, являются, по своей сути, пересадкой чужеродной ткани и связаны с риском развития разнообразных осложнений. Поэтому врач, назначающий гемотрансфузию, должен очень четко оценить соотношение «польза—риск». Одним из тяжелейших и редко встречающихся гемотрансфузионных осложнений является септический шок. Именно для того, чтобы привлечь внимание интернистов на необходимость чрезвычайно взвешенного подхода к назначению переливания компонентов крови, и приводим следующее наблюдение.

Больной К., 53 лет, группа крови А(II), резус отрицательный, находился в одной из больниц г. Москвы по поводу анемии неясного генеза. В отделении гастроэнтерологии на протяжении двух недель ему был проведено обследование, в том числе гастроскопия, ректоскопия, колоноскопия с целью обнаружения источника кровотечения (в анамнезе резекция желудка в связи с язвенной болезнью). Проверка кала на кровь с бензидином дала отрицательный результат. Также не выявлено отклонений при определении параметров сыровороточного железа. Тем не менее, больной получал препараты железа и фолиевой кислоты. Состояние пациента за время наблюдения в клинике было стабильным, средней тяжести. Уровень гемоглобина колебался в пределах 54–67 г/л. Одышки в покое, тахикардии не отмечалось, то есть не было клинических проявлений кислородной недостаточности.

На 15-й день пребывания в стационаре была предпринята попытка переливания эритроцитной массы, заготовленной из регионов России. Из протокола гемотрансфузии следует, что контейнер с эритроцитной массой был нормального вида, по маркировке соответствовал группе крови и резус-фактору реципиента. Также были проведены биологическая проба и проба на индивидуальную совместимость. После трансфузии 20–30 мл эритроцитной массы отмечен резкий озноб, гипертермия до 39,2°C, боли за грудиной. Гемотрансфузия была прекращена, проводилась десенсибилизирующая терапия, внутривенно введено 1200 мл солевых растворов. Состояние стабилизировалось, получено 600 мл светлой, прозрачной мочи. Контейнер с эритроцитной массой не сохранен. Ночью больной почувствовал нарастающую слабость, однако дежурному медицинскому персоналу об этом не сообщил. Утром была зарегистрирована гипотензия до 60/20 мм рт. ст. Последовал перевод в реанимационное отделение. Несмотря на введение инотропных препаратов, волемической нагрузки, состояние прогрессивно ухудшалось: сохранялась гипотензия, наступило угнетения сознания до уровня комы, последовал перевод на ИВЛ. Присоединился выраженный геморрагический синдром. Коагулологические исследования не проводились. Антибиотики не назначались.

В 14.50 была вызвана выездная реанимационная гематологическая бригада Гематологического научного центра РАМН. При осмотре: состояние крайне тяжелое. Медикаментозный сон. Фотореакция зрачков активная. Vis OS = OD = 4 mm. Кожные покровы бледные, горячие,

Недавно довелось лететь самолетом турецких авиалиний. Все как обычно — питье, еда, авиа-шопинг. Раздают каталог товаров, все начинают его внимательно изучать. И вдруг — какая-то бракованная страница: есть подписи под рисунками, а самих рисунков нет. Все страницы с картинками, а эта — нет. Присмотрелся — а это реклама табачных изделий, все известные марки перечислены без обычных картинок пачек сигарет.

Табачный ларек в Стамбуле привлек внимание каким-то траурным мотивом. При ближайшем рассмотрении оказалось, что большую часть пачки занимает надпись в траурной рамке, где говорится о смертельной опасности курения, про то, что вызывает он рак и болезни сердца. Крупным шрифтом, с 3 сторон, коротко и понятно даже иностранцу. При этом в Турции проблема курения стоит даже острее, чем в России, быстро растет число курящих женщин, зимой в ресторан нельзя войти из-за смога, так что проблема пассивного курения так же актуальна.

Мировым Банком подготовлен документ по проблемам хронических неинфекционных заболеваний (2007) в мире, в котором львиная доля отведена государственной политике по предупреждению факторов риска этих самых заболеваний. В 2000 г. употребление табака ответственно, по мнению ВОЗ, за 4,9 млн смертей во всем мире, причем 56% этих смертей пришлось на развивающиеся страны.

Надзор за поведенческими факторами риска находится в нашей стране в зачаточном состоянии — утверждают эксперты Мирового Банка. Успешный контроль факторов риска способствует улучшению состояния здоровья в популяции, сокращению заболеваемости и увеличению продолжительности жизни. Усилия по уменьшению влияния факторов риска могут носить законодательный характер,

КЛИНИЧЕСКИЙ РАЗБОР

без геморрагических элементов. Определяется положительная «манжеточная» проба. Склеры иктеричны. Проводится ИВЛ аппаратом РО-6Н в режиме нормовентиляции. Дыхание проводится во всех отделах, жесткое, хрипов нет. Сердечные тоны приглушены, ритмичные. АД 90/60 мм рт. ст., пульс 120, ритмичный. Живот не вздут, на пальпацию не реагирует. Печень выступает на 8 см из-под края реберной дуги по правой аксилярной линии. По постоянному мочевому катетеру получено около 100 мл светлой, прозрачной мочи за 3 часа. Отмечена диффузная кровоточивость десен, мест инъекций, носовых ходов. Время свертывания крови по Ли-Уайт — за 20 минут сгустка не получено. В клиническом анализе крови резкое изменение лейкоцитарной формулы: количество лейкоцитов $19,6 \times 10^9/\text{л}$, нейтрофилы — 93,9%, эозинофилы, базофилы отсутствуют, лимфоциты — 2,9%, моноциты — 3,2%, тромбоциты — $29 \times 10^9/\text{л}$. По данным хронометрической коагулограммы также определяется гипокоагуляционная фаза ДВС-синдрома с резко выраженным потреблением до уровня афибриногенемии: фибриноген менее 0,2 г/л, АЧТВ больше 180 сек., протромбиновый индекс 24%, тромбинное время более 140 сек.

При центрифугировании пробирки с кровью больного получена светло-желтая, прозрачная сыворотка. Макроскопических признаков гемолиза не выявлено.

Учитывая анамнез, клиническую картину, динамику нарастания тяжести состояния, лейкоцитоз с резким сдвигом лейкоцитарной формулы влево, данные коагулологического обследования, диагностирован септический шок, гипокоагуляционная фаза ДВС-синдрома. Начата трансфузия свежзамороженной плазмы. За 2 часа 20 мин ее перелито 2200 мл. Однако на фоне неконтролируемой гипотензии и некупирующегося геморрагического синдрома большой скончался.

Данные серологического обследования: группа крови больного А(II), резус Ccddee, титр естественных антител 1 : 64, прямая проба Кумбса отрицательная. В непрямой пробе Кумбса и реакции агглютинации в солевой среде антиэритроцитных антител к системам резус, Келл, Дафи, MNSs, Kidd, Левис не выявлены. Бактериологические исследования не проводились.

Анализируя данное наблюдение, можно отметить следующие недостатки в ведении пациента:

- отсутствие прямых показаний к переливанию эритроцитной массы больному без установления причин анемии и отсутствия клинических симптомов кислородной недостаточности;
- не сохранен контейнер с эритроцитной массой, что делает невозможным проверить качество трансфузионной среды, ее стерильность;
- отсутствие бактериологических исследований;
- запоздалая диагностика септического шока и ДВС-синдрома и, как следствие, неназначенные антибиотики, трансфузии свежзамороженной плазмы, поздний вызов реанимационной гематологической бригады.

Вряд ли имеется острая необходимость транспортировки в Москву эритроцитной массы из других регионов России, так как при этом резко возрастает риск повреждения эритроцитов и инфицирования.

например, налогообложение табачных изделий, или принудительная маркировка «вредных» продуктов питания о содержании в них «плохих» жиров, либо предусматривать информационные программы по изменению поведенческих установок по отношению к курению, алкоголю, нездоровому питанию, малоподвижному образу жизни.

Неполная информация о факторах риска усугубляется игнорированием факта развития зависимости от привычек. Но даже после адекватного информирования часть людей все равно будут продолжать делать свой нездоровый выбор, несмотря на понимание риска для здоровья. Играет роль и неочевидность связи между вредными привычками и заболеваниями, их временное несоответствие, стохастичность, вероятность развития проблем со здоровьем в связи со злоупотреблениями.

Факторы риска и последующие затем заболевания экономически очень не выгодны. Так в Китае в 1995 г. бремя болезней, связанных с курением, составило 1,5% ВВП, тогда как болезней, ассоциированных с ожирением — 1% ВВП. Особенности поведения, связанные с факторами риска и хроническими заболеваниями,

вносят свой вклад в обнищание населения: затраты на вредные привычки вытесняют затраты на приобретение продуктов питания и капиталовложения в собственность, образование или обеспечение здоровья. Табак достаточно дорог, бедные тратят на него непропорционально высокую долю своих доходов по сравнению с богатыми. Эти вложения имеют и отсроченную негативную составляющую: пассивное курение детей, раннее вовлечение их в курение, невозможность обеспечить им образование. С развитием благосостояния страны возрастает уровень доходов населения, а ситуация с факторами риска имеет тенденцию к ухудшению. Хотя при этом негативное влияние и отстает от пози-

ПЕРЕЛИВАНИЕ КРОВИ — это опасно!

Н.Р. Панченков

ОБЩИЙ АНАЛИЗ

от П. Воробьева

ВСЕ НА БОРЬБУ С ТАБАКОМ

Начало на стр. 10

тивного, связанного с развитием медицинских технологий и на-
растанием их доступности.

Некурящая часть общества несет часть расходов на оказание
медицинской помощи курящим. Вместе с тем курильщики в це-
лом умирают существенно раньше, чем некурящие, сокращая тем
самым экономическое бремя болезней, которые могли бы раз-
виться у них, проживи они дольше. Этот экономический пара-
докс требует эмпирической проверки, но не значит, что прежде-
временная смерть курильщиков приемлема для общества.

Мероприятия по обеспечению информации о факторах
риска должны быть комплексными: массовые или целевые ин-
формационные кампании, маркировка продукции, ограничение
продажи товаров, связанных с нездоровым образом жизни, запрет
на рекламу. Вероятно, самым эффективным способом решения
этих проблем является налогообложение табачной и алкогольной
продукции. Это влияет на снижение частоты курения и повышает
вероятность отказа от этой вредной привычки. Налоги на табак позволяют увеличить отчисления
на общественные нужды, в том числе — на здравоохранение. Го-
раздо менее эффективной оказалась свободная продажа средств
никотинзамещения.

Многие профилактические программы принимались на осно-
вании очевидных причинно-следственных связей, и при анализе
цели, поставленные программой, оказались не достигнутыми. Та-
кой неэффективной оказалась программа по предупреждению
формированию привычки к курению в школах. В 22 странах с вы-
соким доходом полный запрет рекламы табака сократил распро-
страненность курения среди взрослых на 6,3%. В США реклама
табака идет в газетах и журналах и объем ее растет. Работавшим
методом является жесткий запрет курения на рабочих местах. За-
прет курения в ресторанах и барах не повлиял на их доходы, хотя
эксперты при опросе утверждали обратное. Правда, есть мнение,
что опросы проводились на средства производителей табака. Бо-
лее того, в долгосрочной перспективе доходы баров и ресторанов
после запрета курения в них выросли. Удельный вес курящих
мужчин в развивающихся странах вырос за последние 20 лет с
30 до 50%, а в развитых сократился с 50 до 34% благодаря про-
граммам ограничения курения.

Более эффективным являются мероприятия по контролю
спроса, чем по контролю поставок (запреты на продажу молоде-
жи, ценовая политика и др. — это нивелируется контрабандой и
незаконной торговлей). Исследования показали, что повышение
цены на табачные изделия на 10% существенно сокращало по-
требление, причем в первую очередь среди курильщиков с низ-
ким доходом. Чувствительны к повышению цены подростки и
молодые люди, значит, уменьшится количество курящих в после-
дующем, т.к. большинство начинают курить до 25 лет.

Хорошее соотношение затраты/эффектив-
ность дает налогообложение табачных изделий. Контроль табакокурения путем дополнительного
налогообложения оказывает двойной эффект:
увеличивает доход и предотвращает курение, сти-
мулирует отказ от него. Соотношение зат-
раты/эффективность от повышения стоимости сиг-
арет на 33% составляет от 13 до 195 долларов
США на предотвращение 1 DALY, причем в стра-
нах с низким доходом этот показатель от 33 до
42 долларов. Ограниче-
ние рекламы менее за-
тратно\эффективно
(54—674 доллара США
на 1 DALY в странах с
низким доходом). Для
сравнения: применение
аспирина и атенолола
для профилактики по-
вторных сосудистых со-
бытий имеют показат-
ель затраты/эффектив-
ность 386—545 долларов
США на 1 DALY.



Показатель смерт-
ности от рака легкого
используется исследо-
вателями как индикатор тенденций смертности
от всех болезней, связанных с курением: практи-
чески всегда это заболевание связано с куре-
нием, причина смерти обычно устанавливается
точно. В Великобритании показатель смерт-
ности от рака легкого у мужчин в возрасте 35—
44 года снизился с 18 на 100 000 населения в
1950 г. до 4 на 100 000 в 2000 г. Во Франции тен-
денции обратные, так как там курение стало рас-
пространяться позже, а активная борьба с ним
началась только в 90-е годы. В Великобритании
удалось избежать роста смертности от рака лег-
кого среди женщин, тогда как во Франции этот
показатель пока растет. В Бразилии проведены
успешные мероприятия, направленные на
уменьшение курения, и в результате распростра-

ненность курения снизилась с 35% в 1989 г. до
18% в 2003 г.

Длительный период времени между исследо-
ваниями, установившем, что курение табака —
основная причина заболеваемости и смертности,
в 50-е годы и принятием законодательных актов о
проведении профилактических мероприятий в
80—90-х годах свидетельствует о сложности вне-
дрения результатов этих исследований в практи-
ку. Последнее требует понимания мотивов чело-
веческого поведения, политических отношений в
государстве, экономических интересов различных
группировок, четкости задач общественного здра-
воохранения.

Табачная промышленность сопротивляется.
Понимая важность низких цен, табачная промыш-
ленность США затрачивает 71,4% средств марке-
тинга именно на ценовые скидки. Многие компа-
нии производители сигарет начинают участвовать
в контрабандных схемах. Контрабанда более веро-
ятна в тех странах, где выше коррумпированность
чиновников. Рост контрабанды идет вслед за ростом
цен. Недаром на границе с Финляндией высятся
горы сигаретных коробок: каждый уважающий
себя финн везет из России с любовью блоки сига-
рет, которые у него в стране в 2—3 раза дороже.

Но против контрабанды можно успешно
бороться. Хотя и не у всех получается: Канада под
давлением компаний производителей табака и ло-
зунгом борьбы с контрабандой снизила цену на
табак в 90-х годах. В результате доходы правитель-
ства сократились на 1,2 млрд долларов Канады, а
число курящих детей резко возросло.

Сегодня 133 страны ратифицировали между-
народное соглашение о здоровье и Рамочную
конвенцию по контролю табака. Однако приведе-
ние данного соглашения в действие сопровождается
огромными трудностями из-за сопротивления
табачной промышленности, включая ферме-
ров, выращивающих табак. У нас последних, к
счастью мало, но табачных магнатов — много, в
стране законодательный оазис для крупных
транснациональных табачных фирм.

Информационное письмо

Уважаемые коллеги!

Курс стандартизация в здравоохранении при кафедре гематологии и гериатрии ФППОВ 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 (29.10—26.11.2007 г.; 27.11—24.12.2007).**

➤ **Медицина доказательств и клинико-экономический анализ в управлении качеством в здравоохранении (01.10—26.10.2007 г.).**

- Основные вопросы, рассматриваемые на курсе:**
- ✓ Система обеспечения качества 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.
- Цикл является бюджетным для организаций (учреждений) относящихся к системе Минздрава РФ, лично участниками курса оплачивается только проезд и проживание в гостинице. Для организаций (учреждений) не относящихся к системе Минздрава РФ, или имеющих негосударственную форму собственности цикл оформляется на договорной основе. По окончании цикла выдается свидетельство установленного образца.

Обращаться по тел./факс 609-13-57
Тюрина Ирина Вячеславовна,
Нерсесян Мадлена Юрьевна
E-mail: mtpndm@dol.ru

Уважаемые коллеги!

Подписаться на журнал

«ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА И КЛИНИЧЕСКАЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЯ»

вы можете:

1. Через агентство РОСПЕЧАТЬ, каталог «ГАЗЕТЫ И ЖУРНАЛЫ». Индекс журнала — 19413.
2. Через редакцию журнала, заполнив бланк-заказ и оплатив указанную сумму (журнал высылается по Вашему адресу в конверте).

В платежном поручении и в почтовом переводе в графе «Получатель» обязательно указать ООО «МТП НЬЮДИАМЕД»

Бланк-заказ на подписку журнала на 2008 год в редакции

(журнал высылается по Вашему адресу в конверте).

Ваш **адрес** просим указывать **ПЕЧАТНЫМИ** буквами.

Ф.И.О. подписчика	Почтовый адрес доставки (индекс обязательно)	Номера журнала											
		I полугодие						II полугодие					
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
		Цена номера в руб.											
		500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500
		ИТОГО: (впишите сумму)											

Квитанцию о переводе оплаченной Вами суммы и бланк заказа высылайте по адресу:
Москва, Коломенский пр., 4, ГКБ 7, Кафедра гематологии и гериатрии ФППОВ
ММА им. И.М. Сеченова, редакция журнала «Клиническая геронтология».
Тел./факс (499) 782-31-09 E-mail: mtpndm@dol.ru

РЕКВИЗИТЫ: Банк-получатель: АКБ «Стратегия» (ОАО), ИНН 770 224 522 О,
КПП 770 201 001, К/с 301 018 100 000 000 005 05,
Р/с 407 028 105 000 000 004 85, БИК 044 579 505

Место проведения: Центральный Дом Ученых РАН
Ул. Пречистенка, 16. Проезд: М. «Кропоткинская»

Начало работы Конференции
1 октября 2007 в 10.00 Начало регистрации - 8.30

Организаторы Конференции:
Министерство здравоохранения и социального развития РФ
Межрегиональная общественная организация «Научное медицинское общество геронтологов и гериатров»
Информационные спонсоры
Журналы «Клиническая геронтология»
«Проблемы стандартизации в здравоохранении»
Газета «Вестник Московского городского научного общества терапевтов»
«Московский доктор»

Подробная информация на сайте www.zdrav.net

Миакальцик

КАЛЬЦИТОНИН



- Сохраняет микроархитектуру кости
- Обладает выраженным обезболивающим действием
- Эффективное антирезорбтивное средство
- Снижает риск переломов

Когда жизнь в радость

Полную информацию о препарате можно получить в Представительстве компании «Новартис Фарма Сервис Инк.» по адресу: 123104, Москва, Б. Пашковский пер., 15 Тел.: (495) 967 1270 / факс: (495) 967 1268 www.novartis.ru / www.miacalcic.ru



Число людей, страдающих от болей в пояснице и крестце, очень велико. Факторами, предрасполагающими к развитию пояснично-крестцовых болей, являются:

- тяжелые физические нагрузки, физическое перенапряжение;
- неудобная рабочая поза;
- травма;
- охлаждение, сквозняки;
- злоупотребление алкоголем;
- депрессия и стрессы;
- профессиональные вредности (резкие колебания температуры, повышенная влажность, вибрация, радиоактивное излучение).

Разумеется, пояснично-крестцовые боли беспокоят не только людей каких-либо определенных профессий. Хорошо известно, что их испытывает на протяжении жизни каждый второй человек. Достаточно сказать, что к 50 годам заболеваниями позвоночника страдает около 80% мужчин и 60% женщин. Заболевания пояснично-крестцового отдела широко распространены и составляют около 30% общей заболеваемости. Их могут вызвать острые и хронические инфекции, интоксикации, травмы, различные изменения, врожденные аномалии позвоночника и его связочного аппарата, патологические процессы в малом тазе и др. Поэтому неслучайно лечащими врачами таких пациентов нередко бывают и неврологи, и терапевты, и хирурги, и ортопеды, и урологи, и гинекологи.

Весьма существенное значение в происхождении болей в спине имеет остеопороз (разрежение костной ткани позвонков), поскольку это нарушение, прежде всего, кальциевого обмена в костной ткани вызывает ряд специфических болевых ощущений. Для остеопороза характерны компрессионные переломы тел позвонков даже при минимальной травме или вообще без нее; обычно страдают позвонки, испытывающие наибольшую осевую нагрузку (Т8 и ниже). В подавляющем большинстве случаев остеопороз наблюдается у женщин в период постменопаузы, когда недостаточно вырабатываются женские половые гормоны (эстрогены).

Боль является сложным приспособительным механизмом в организме человека и животных. Мудрость природы состоит в том, что она отвела место боли как хранителю жизни и здоровья. Недаром говорят: боль – это «косторожевой пес здоровья».

Боли в спине различного происхождения объясняются раздражением нервных корешков и рецепторов (чувствительных нервных окончаний) позвоночника и его связочного аппарата. Болевые ощущения возникают вследствие костных деформаций или выпячивания межпозвонковых дисков, играющих роль амортизирующих прокладок.

Немедикаментозное лечение болей в спине предусматривает щадящий двигательный режим. При сильной боли в первые сутки необходимо лежать в постели. В последующие дни, по мере уменьшения неприятных проявлений, пациенту разрешают ходить, причем вначале желательно на костылях – для разгрузки позвоночника. Постель должна быть жесткой. Рекомендуется пользоваться тонким матрасом, который укладывают на деревянный щит. В зоне наибольшей болезненности применяют раздражающие мази, а также горчичники и перцовый пластырь. Хорошо помогает растирание – эфкамон, индометациновая, вольтареновая, ортофеновая, и другие мази. Они оказывают противовоспалительное и обезболивающее действие. Снимают боли местные орошения хлористым этилом, пиважки, – облегчают боль тепло – шерстяной платок, электрическая грелка, мешочек с подогретым песком на поясничную область.

Немаловажное значение для профилактики боли имеет ношение ортезов – наружных поддерживающих приспособлений (корсет, полукорсет) используются также специальные пояса (корсетный, противорадикулитный, эластичный, пояс штангиста и т.п.) корректоры осанки, реклинатор (устраняющий наклон), бандаж. Все эти приспособления поддерживают туловище, предупреждают деформации позвоночника, улучшают венозный и лимфатический отток, придают фигуре стройность. Необходимо знать, что если не соблюдать врачебные рекомендации, ношение ортезов может причинить вред. Для профилактики потертостей их нужно носить поверх нижнего белья. Слишком тугая затяжка ортезов затрудняет дыхание, пищеварение и кровообращение в нижней половине тела. Если не расстаться с ними ни днем ни ночью, то мышцы могут атрофироваться, терять силу и массу. Ортезы нужны при длительном сидении (работа за столом, учеба), интенсивной физической нагрузке, езде на транспорте, остальное время мышцы должны работать, чтобы сохранить свои функции. При использовании ортезов необходимо выполнять комплекс лечебных упражнений. Конечно, идеальным является создание своего «мышечного корсета» с помощью регулярных занятий лечебной физкультурой. Тогда и не будет необходимости в дополнительных «подпорках».

Внутри, а при резко выраженных болях – и в инъекциях назначают анальгетики (анальгин, баралгин, седалгин, спазган) и противовоспалительные средства (ортофен, диклофенак, вольтарен, индометацин). Показаны витамины, особенно группы В. Выраженным обезболивающим действием обладает витамин В₁₂.

Учеными было показано, что при болях в спине, вызванных остеопорозом, эффективно помогает препарат синтетического кальцитонина лососа (Миакальцик). Он в 40 раз активнее, чем кальцитонин человека – гормон, секретируемый особыми клетками щитовидной железы. Основной функцией кальцитонина в организме является поддержание постоянства обмена кальция, что способствует повышению плотности и прочности костной ткани.

Одним из важных достоинств препарата является его болеутоляющее действие. Предполагается, что оно связано с прямым действием на центральную нервную систему. Миакальцик назначают как для лечения остеопороза у женщин в постменопаузе (улучшаются свойства костной ткани), так и для устранения острых болей связанных с переломами позвоночника при диагностированном разрежении кости.

Когда острые проявления заболевания стихают, строго по показаниям врача применяют массаж, лечебную физкультуру, мануальную терапию.

Не только легкомысленно, но и опасно боли в пояснично-крестцовой области объяснять только радикулитом, даже если в прошлом по этому поводу проводилось лечение. Диагностика заболевания, приведшего к болям, нередко вызывает затруднения и требует сложных дополнительных исследований: компьютерной и магнитно-резонансной томографии УЗИ, измерения плотности костной ткани и др.

Профилактика пояснично-крестцовых болей состоит в исключении предрасполагающих факторов, своевременном выявлении и лечении заболеваний, способствующих возникновению болей. Необходимо следовать здоровому образу жизни: соблюдать режим труда, отдыха и питания, исключить вредные привычки, систематически заниматься физкультурой, закаляться.

Маневлов Л.С.: врач невролог высшей квалификации, НИИ неврологии РАМН

Сохраняет и продлевает жизнь
Доказано

ОМАКОР снижает риск внезапной смерти после инфаркта миокарда на 45%*

GISSI - Prevenzione: The Lancet 1999; 354:447-55

ОМАКОР 90% ЭПК/ДГК

SOLVAY PHARMA

119334, Москва, ул. Вавилова, 24, этаж 5
Тел.: (495) 411-6811, факс: (495) 411-6815
E-mail: info@solway-pharma.ru
http://www.solway-pharma.ru

Медицинские книги издательства «НЬЮ-ШАМ»

<p>ПРОТОКОЛЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ БОЛЕЗНЬ ЗАРЯДКОВА 2007 г., 304 стр., ил.</p> <p>Под ред. Маневлов Л.С., Воробьев П.А. ТОЛКОВЫЙ АНГЛО-РУССКИЙ СЛОВАРЬ терминов, использованных в онкологии и гематологии 2007 г., 234 с., ил.</p> <p>ПРОТОКОЛЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ГЕМОФИЛИЕЙ 2007 г., 120 с., ил.</p> <p>Под ред. Воробьев П.А. СТАНДАРТЫ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ФОРМАЛЬНОГО КОМИТЕТА 2 издание 2007 г., 460 с., ил.</p> <p>Под ред. Воробьев П.А. СТАНДАРТЫ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ФОРМАЛЬНОГО КОМИТЕТА 2 издание 2007 г., CD</p> <p>Андреев Ю.Н. МНОГОЦИТОВАЯ ГЕМОФИЛИЯ 2007 г., 232 с., ил.</p> <p>Под ред. Воробьев А.И. ОБЗОРЫ ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ ТРАНСФУЗИОЛОГИИ 2007 г., 211 с., ил.</p> <p>Григорьев С.Г. СУЩЕСТВЕННЫЕ МОДИФИКАЦИИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ: ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ 2007 г., 211 с., ил.</p> <p>Гоним В.Е., Гоним Г.Е. ГЕМОРЕОЛОГИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ И АССОЦИИРОВАННЫЕ БОЛЕЗНИ СИСТЕМНОЙ КРОВООБРАЩЕНИЯ: клиника, диагностика и выбор лечения 2007 г., 234 с., ил.</p> <p>Под ред. Воробьев П.А. ГЕМАТИН В ЛЕЧЕНИИ ТОМ 1 Изд. 2002 г., 440 с., ил. Изд. 2002 г., 470 с., ил.</p> <p>Под ред. А.И. Воробьев РЕКОМЕНДОВАНОЕ ПО ГЕМАТОЛОГИИ 3-е изд., в 3-х томах. Изд. 2002 г., 431 с., ил., в 3 т. Изд. 2002 г., 200 с., ил. Изд. 2002 г., 200 с., ил.</p> <p>Под ред. П.А. Воробьев КЛИНИКО-МОЛЕКУЛЯРНЫЙ АНАЛИЗ РЕЖИМА ВБОР МЕДИЦИНСКОГО ТЕХНОЛОГИИ И ПЕРИОДИЧЕСКОЕ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ 2007 г., 424 с., ил.</p>	<p>П.А. Воробьев АКТУАЛЬНЫЙ ГЕМОСТАЗ 2007 г., 340 с., ил.</p> <p>Под ред. П.А. Воробьев СВОБОДНОЕ ПРОВОДИМОСТЬ И НОРМАТИВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ ТРАНСФУЗИОЛОГИИ 2007 г., 340 с., ил.</p> <p>В.В. Цирко ОСТЕОАРТРОЗ: ПРОБЛЕМА ГЕМАТИНА 2007 г., 134 с., ил.</p> <p>СТАНДАРТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ 2007-2008 г., CD</p> <p>НОМЕСКАТУРА РАБОТ И УСЛУГ В ДИАГНОСТИКЕ 2007 г., CD</p> <p>ПРОТОКОЛЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГочНОЙ АРТЕРИИ ПРИ УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМИ И ВНЕШНЕМЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСТАНОВЛЕНИЯХ 2007 г., 64 с., ил.</p> <p>П.А. Воробьев СТАВЛЕВ СЕМЕЙНОГО РОМАНА 2007 г., 221 с., ил.</p> <p>СВОБОДНОЕ ПРОВОДИМОСТЬ И НОРМАТИВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ ТРАНСФУЗИОЛОГИИ 2007 г., CD</p> <p>П.А. Воробьев АМЕРИКАНСКИЙ СИНДРОМ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ 2007 г., 340 с., ил.</p> <p>П.А. Воробьев ЛАБОРАТОРНАЯ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА СИНДРОМА ИНТЕРИТИСА 2007 г., 200 с., ил.</p> <p>В.В. Цирков ГЕРОНИМ, ДРАМАТИН И ОСТЕИТИС МЕДИЦИНА 2007 г., 200 с., ил.</p> <p>Под ред. П.А. Воробьев МОЛЕКУЛЯРНАЯ СЕБЕКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ (ФАРМАКОМОЛЕКУЛЯРНЫЙ АНАЛИЗ) 2007 г., 80 с., ил.</p> <p>Под ред. Э.М. Гринберг НЕПРАВИЛЬНЫЕ СЛАДЫ ГЕМАТИНОВОГО УРОЛОГИИ 2007 г., 362 с., ил.</p> <p>А.И. Воробьев, Г.В. Егорьев, Э.А. Насонов Н.А. КАРСЕНКО И ВРЕМЯ ВОССТАНАВЛЕНИЯ УЧЕНИКА И ДРУГОЙ 2007 г., 234 с., ил.</p> <p>А.И. Воробьев, П.А. Воробьев ДО И ПОСЛЕ ЧЕРНОВЫХ ВНЕДРЕНИЯ 2007 г., 300 с., ил.</p>
--	--

XII Международная научно-практическая конференция

ПОЖИЛОЙ БОЛЬНОЙ. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ.

Москва
1 - 3 октября 2007 года

ПРИГЛАШЕНИЕ

Вход свободный

Вестник МГНОТ (бесплатное приложение для врачей к журналу «Клиническая геронтология»). Тираж 6000 экз.
Свидетельство о регистрации ПИ № ФС77-19100 от 07 декабря 2004 г.
РЕДАКЦИЯ: Главный редактор П.А. Воробьев
Редакционная коллегия: А.В. Власова (ответственный секретарь), А.И. Воробьев, В.А. Буланова (зав. редакцией), Е.Н. Кочина, Л.А. Положенкова, Т.В. Шишкова, Л.И. Цветкова, В.В. Власов, О.В. Борисенко
Редационный совет: А.И. Воробьев (председатель редакционного совета), В.Н. Ардашев, А.С. Белевский, Ю.Н. Беленков, Ю.Б. Белоусов, Б.П. Богомолов, И.Н. Бокарев, В.И. Бурцев, Е.Ю. Васильева, В.А. Галкин, М.Г. Глезер, Е.Е. Годин, А.П. Голиков, Д.И. Губкина, Н.Г. Гусева, Л.И. Егорова, В.М. Емельяненко, Р.М. Заславская, Г.Г. Иванов, В.Т. Ивашкин, А.В. Калинин, А.В. Калыев, С.В. Карпова, М.И. Кечкер, А.И. Кириенко, В.М. Клюжев, Ф.И. Комаков, Б.М. Корнеев, Л.Б. Лазаревич, В.И. Маколкин, И.В. Мартынов, А.С. Мелентьев, А.А. Михайлов, В.С. Моисеев, В.Е. Ноников, Н.А. Мухин, Е.Л. Насонов, В.А. Насонова, В.Г. Новоженков, Н.Р. Палеев, М.А. Пальцев, В.А. Парфенов, А.В. Погужева, А.В. Покровский, В.И. Покровский, Н.П. Потехин, А.Л. Раков, М.П. Савенков, В.Г. Савченко, В.Б. Симоненко, А.И. Синопальников, В.С. Смоленский, Г.И. Сторожак, А.Л. Сыркин, В.П. Тюрин, А.И. Хазанов, Е.И. Чазов, А.Г. Чучалин, Л.В. Циганова, В.В. Цурко, Т.В. Шишкова, Н.А. Шостак, А.В. Шпектор, Н.Д. Ющук, В.Б. Яковлев
Газета распространяется среди членов Московского городского научного общества терапевтов бесплатно
Адрес: Москва, 115446, Коломенский пр., 4, ГКБ № 7, Кафедра гематологии и геронтологии
Телефон 8-499-782-31-09, e-mail: mtrpdm@dol.ru www.zdrav.net
Отдел рекламы: директор по маркетингу Г.С. Рихард (495) 729-97-38
При перепечатке материала ссылка на Вестник МГНОТ обязательна.
За рекламную информацию редакция ответственности не несет.