



ВЕСТНИК МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО

МОСКОВСКИЙ ДОКТОР

Январь 2008

№ 1 (66)

НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ

ПРЯМАЯ РЕЧЬ

Вопрос рационального применения лекарственных препаратов, как глобальная проблема, остается, более того, острота этой проблемы постоянно возрастает, количество лекарственных препаратов растет, эффективность многих по-прежнему под вопросом, исследования разрозненные, фармбизнес лоббирует препараты, что стоит за фармакоэкономическими исследованиями — нужно смотреть в каждом конкретном случае: это чье-то желание продвинуть препарат или реальное исследование. Наверно, Минздравсоцразвития должен быть основным заказчиком этих исследований, ибо все

то, что делается на основе научного энтузиазма и любознательности, не сведено воедино, и тот институт виртуальный, попытки создания которого на каком-то этапе были осуществлены и что-то было сделано в стране, больше-то ничего нет. Но появилось что: мы видим, что проводится конгресс по фармакоэкономике, уже, по-моему, 2 было их... фармакоэкономика должна быть интересна всем специалистам, поскольку чаще, чем лекарства, мы вряд ли какие-то методики используем в лечении. И почему мы много говорим о лекарственных препаратах, о рациональной фармакотерапии, о необходимости развития клинической фармакологии как раздела, который, по сути дела, обеспечивает рациональный подход к фармакотерапии, — да просто потому, что это очень финансово емкий раздел здравоохранения. В лекарственной терапии цена ошибки очень велика. Оборудование, если какой-то аппарат

Куда идем, клинический фармаколог?

Салават Шейхович Сулейманов

Ректор Хабаровского Института повышения квалификации работников здравоохранения

купили, и он не пошел, ну стоит он. А лекарства каждый день, каждый день, каждый день...

Мы всем курсантам, независимо по какой дисциплине они обучаются, медицинским сестрам в меньшей

степени, пытаемся рассказать элементы клинической фармакологии. На вопросы онкологии, организации здравоохранения и клинической фармакологии у нас для всех специалистов выделены часы. К сожалению, те первые шаги, которые Министерство здравоохранения сделало по развитию клинической фармакологии, они так и остались первыми шагами. Если сегодня посмотреть на страну: насколько реализован 131 приказ от 97 года о введении специальности врач-клинический фармаколог и потом приказ о совершенствовании деятельности. Мы видим, что эти приказы не реализованы, не исполнены. Вот такая странная ситуация. Главные врачи не возражают против создания лабораторий, но нет денег, если есть энтузиазм, то создают. На сегодня должности главного клинического фармаколога в стране нет. Идеологии нет. Разрабатывать ее можно только через систему главных специалистов, в том числе и клинических фармакологов. В больших городах, областных больницах клинические фармакологи есть, какая-то работа ведется, а в остальной стране... Если врач любой другой специальности имеет возможность заработать, взяв еще полставки, то

Продолжение на стр. 4



ПРЯМАЯ РЕЧЬ

Я Председатель Комитета по охране здоровья, физкультуре и спорту Совета народных депутатов Камчатской области. Детский хирург, врач высшей категории, заслуженный врач страны. Работаю в последнем Совете, который еще остался на Руси. Это 4-й созыв, он у нас работает с 2002 года, продлевали не так давно полномочия, потому что произошло объединение в Камчатский край. И название у нас будет раритетное: Областной совет народных депутатов 4-го последнего созыва.

Я в 1969 г. закончил Хабаровский медицинский институт, педиатрический факультет, и уехал сразу на Камчатку, хотя распределен был на Сахалин. Попал в самую крупную детскую поликлинику. Это время совпало с созданием детской хирургической и ортопедической службы на Камчатке. До этого там не было отдельных хирургических и травматологических детских отделений. Все осуществлялось на детских койках внутри взрослых стационаров. Мне поручили организовать в поликлинике детский ортопедический кабинет с нуля. Я прошел специализацию на базе травматологического отделения детской областной больницы, учили меня, конечно, не тому, что мне потом потребовалось.

Раннего ортопедического выявления тогда не было, мы всегда лечили уже запущенные случаи (врожденный вывих бедра до 1,5 лет не начинали лечить). И моя задача была в том, что сейчас называется диспансеризацией, ранним выявлением. Я с удовольствием этим занимался, смотрел детишек в роддомах, детских садах. Два года я смотрел абсолютно всех новорожденных на Камчатке. Хоть поликлиника была и городская, работать я стал на всю область. Когда создавалось отделение, то на учете стояло 16 человек, а через 3 года уже было около 400, и это только те, кому требовалось серьезное лечение. Это была амбулаторная хирургия.

В 1970 году открылось детское хирургическое отделение, и я там тоже участвовал в становлении, оперировал, причем хирургия была всякая: и полостная, и общая, и травматология. Многие дети проходили через меня, как через амбулаторную службу, например, я

Камчатка тоже Россия

Грачев Леонид Александрович



смотрел их как ортопед и хирург в садике, два раза в неделю этим врачи занимались, выявлял что-то, писал им направление на прием. Они на прием приходят — там опять я, при необходимости пишу направление в стационар. Они приходят — опять я же их оперирую. С одной стороны — глупость, а с другой — детей не выпускали из поля зрения.

В Австралии врачи-консультанты, выявляя патологию, направляют пациентов именно к себе, ну а у нас так случайно сложилось. Так длилось лет 30. Проработал я в детской поликлинике лет 7, меня активно оттуда пригласили заведовать хирургическим отделением: руки и голова были вроде ничего. Но так как я дал клятву своему главному врачу (о чем я недавно вспоминал на своем юбилее), что отработаю данную мне квартиру, так честно выполнял обещание. После чего все-таки возглавил это отделение.

Детская патология, особенно детская хирургия, очень сильно отличается от взрослой. Безусловно, детская хирургия должна быть выделена из взрослой. Но вот то, что сейчас у нас детская хирургия ушла из большого хирургического стационара в детскую больницу, где больше хирургий нет — это большой проигрыш. В общем-то, система была отлажена. Областная больница, в которой я потом стал главным врачом (через 10 лет заведования детской хирургией и 16 лет главным хирургом области), выполняла очень разные функции. За каждым врачом был закреплен определенный район. Тогда и Корякия входила в нашу курацию. И мы, согласно расписанию, ездили по «подшефным». Я всегда брал с собой хорошего анестезиолога, приезжали, и за неделю делали всякие водянки, крипторхизмы, грыжи. Там была своя местная медицина, но не было детских специалистов. Конечно, их общий хирург должен был обучиться дет-

ской хирургии и травматологии, но если его учили оперировать взрослых и большую часть времени он этим занимается, то детей ему лучше не доверять...

В областной больнице было отделение санавиации, мы все там дежурили. Сейчас появились элементы телемедицины, но развивается все очень медленно, хотя очевидно, что это помогло бы решить очень многие проблемы.

Большой частью мы, конечно, больных эвакуировали к себе, а не сами летали к больным. Конечно, врачу удобней, чтоб больного к нему привезли. Мотивируют это, конечно, тем, что больного нужно не только прооперировать, но потом и выхаживать... Был случай, когда человеку в районе вулкана стало плохо, к нему полетел врач на вертолете, и вертолет упал. А у человека оказался абстинентный синдром. Я сам много полетал — и на море приземлялись. Это очень тяжело, никому не пожелаю.

В постперестроечное время, конечно, количество полетов у санавиации резко снизилось. Бортфельдшера любят летать, у них зарплата зависит от количества налетанных часов. Это, конечно, ужасно сказалось на качестве медицинской помощи.

Здесь, поцентральнее, близко к больницам, русскоязычное население, тут все более-менее. А там по Каряцкому автономному округу цифры ужасные: перитониты, осложнения. Там сегодня нет медицинской помощи, там настоящий геноцид. Укомплектованность врачами наполовину, материальная база ужасная. Сейчас благодаря Нацпроекту «Здоровье» хоть что-то у них появилось. Там ни приборов, ни мебели, ни белья, отопление никакое. Там катастрофа. Мы надеемся, что сейчас после объединения что-то удастся для них сделать.

В предыдущие годы была одна отговорка: вы же жили в прошлые годы на 43% финансирования, ну и в этом году выживете. У нас нет своего топлива, асфальта, цемента и т. д., все завозное, у нас же очень суровый климат, пароходы тонут и самолеты не летают. Доставка танкера сюда обходится в миллионы. Сейчас начинается добыча своего газа, но месторождение небольшое, его хватит лет на 15, а дальше что? Есть электростанция, работающая на вулкане, паре, бьющем из-под земли. Источник тепла и электроэнергии практически вечный. Ее мощности (50 мегаватт) уже сегодня хватит на треть Петропавловска. Но там другая проблема — постоянные поломки на линии в связи с погодными катаклизмами, циклонами, жуткими снегопадами. Геотермальная энергетика практически не развивается.

Как-то надо решать проблемы, мы ведь хоть и окраина, но Россия.

ИнтерНьюс

Еврокомиссия подвела итоги 3-летнего проекта по социальной реабилитации ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом в России

Реализация программы в 5 пилотных регионах — Калининградской, Кировской, Тамбовской областях, Ханты-Мансийском АО и Чувашии — обошлась Евросоюзу в 3,4 млн евро. Эти деньги пошли на оплату услуг лекторов из стран ЕС и России. Они разъясняли сотрудникам социальных, педагогических и медицинских учреждений базовые понятия о ВИЧ и СПИДе — например, что вирус не передается через рукопожатие или воздушно-капельным путем. Авторы проекта исходили из того, что представления многих россиян о чуме XX века довольно примитивны. Всего программа затронула около 305 тысяч инфицированных. «Поставив диагноз, врач предупреждает, что жить мне осталось недолго, — рассказала корреспонденту «Газеты» одна из реализаторов проекта, С. Изембаева. — На самом деле ВИЧ-инфицированные живут по 15—20, иногда по 25 лет. Дискриминирующее отношение к себе я встречала и со стороны работодателей, и в роддоме. У меня, кстати, абсолютно здоровый ребенок». Изембаева считает, что из-за множества предрассудков даже врачи зачастую не в состоянии оказать квалифицированную психологическую и медицинскую помощь. В результате большинство инфицированных годами скрывают свой диагноз даже от самых близких из-за боязни потерять работу, друзей и семью. «Благодаря проекту нам удалось устроить ВИЧ-инфицированного ребенка в детдом», — сообщила координатор проекта в Курской области Марина Бородатова. — Поначалу там отказывались принимать малыша, но после нескольких лекций люди поняли, что этот вирус не передается в процессе бытового общения». Как отметила Бородатова, в рамках программы в ее регионе подготовлено около тысячи специалистов, удалось скоординировать действия нескольких социальных служб. «Нам удалось разработать мастер-планы по созданию сети межведомственных услуг для носителей ВИЧ. Важно, чтобы люди знали, где и какую помощь они могут получить, и чтобы социальные работники всегда могли им подсказать», — заявил один из руководителей проекта Г. Циполос. Еврокомиссия также разработала учебные пособия для 72-часового курса лекций на тему трудоустройства инфицированных, их социальной адаптации, профилактики заболевания среди людей, входящих в группы риска. Особое внимание в рамках проекта уделялось больным заключенным. «Как правило, эти люди узнают свой диагноз, уже когда попадают в исправительные учреждения, — сообщил начальник психологической службы УФСИН по Курской области В. Коротин. — Для многих это становится трагедией. Они не знают, как сообщить родственникам, опасаются реакции сокамерников. Многие впадают в депрессию. Другие, наоборот, начинают требовать привилегий, улучшенного питания, витаминов. Большинство заключенных также признаются, что не хотели бы находиться с больным в одном помещении». По словам Коротина, молодые люди, как правило, рассказывают о своем диагнозе родным и друзьям, а заключенные более старшего возраста предпочитают все скрывать. Благодаря работе психологов среди осужденных с ВИЧ и СПИДом не было ни одного самоубийства и растет толерантное отношение среди сокамерников, подчеркнул Коротин. Опыт реализации проекта перенимают в Брянской, Ленинградской, Костромской и Оренбургской областях. Печатные материалы в ближайшее время разойдутся по всей стране. Как отмечают авторы программы, социальные работники пилотных регионов сейчас разрабатывают аналогичные спецкурсы для работы с наркозависимыми и алкоголиками.

Источник: GZT.ru

Еще один способ восстановить функцию руки, утраченную после инсульта

Испанский врач П. Кавадас провел в Валенсии в клинике Virgen del Consuelo уникальную операцию по трансплантации руки пациенту, пришив ему его же правую руку на место левой, которая была ампутирована 40 лет назад. Операции подобного рода в мире еще не проводились. Дело в том, что мужчина три года назад перенес инсульт, в результате которого у него отнялась правая сторона тела, в том числе и единственная рука, так как левую он потерял 40 лет назад в результате несчастного случая. Кавадас ампутировал пациенту правую руку, и трансплантировал большую палец за мизинец этой же руки, пришил ее на культю левой руки пациента. Таким образом, врач «превратил правую руку в левую». Операция прошла успешно, мужчина должен приступить к тренировке своей новой руки, которую он не «чувствовал» 40 лет.

Источник: ABC

В рамках Установочного Евразийского Конгресса по фармакоэкономике и управлению качеством в здравоохранении было проведено совещание ученых из нескольких стран (Казахстан, Кыргызстан, Россия, Украина) по возможности объединения усилий по совершенствованию системы управления здравоохранением. Идея сотрудничества

сударств? Безусловно, общего у нас больше, чем собственного. А самый главный объединяющий фактор — русский язык. О необходимости преподавания фармакоэкономике на родных языках говорили на Собрании лидеров ISPOR в Вашингтоне в мае этого года Президент МООФФИ проф. П.А. Воробьев и Исполнительный директор О.В. Борисенко.

В результате усилий многих людей, а в особенности руководителя Казахстанского национального отделения МООФФИ проф. Б.А. Айнабековой и руководства МООФФИ, Конгресс состоялся. Заранее был подготовлен проект Меморандума об образовании Евразийского Альянса, который получил одобрение большинства руководителей филиалов и отделений МООФФИ. На Конгрессе Меморандум подписали представители четырех присутствующих стран. Мы приводим его полный текст в этом выпуске газеты.

Неоднозначна реакция международной общественности на сообщение об образовании Альянса. Так, Исполнительный директор ISPOR Мэрилин Д. Смит прислала Приветственное письмо участникам Конгресса, однако крайне отрицательно отнеслась к самому названию Альянса — Евразийский. Нет, мы заверяем, что это не попытка экспансии России на пространства Европы и Азии, это попытка объединить страны с родством систем здравоохранения и языка для решения общих проблем. В настоящее время руководство ISPOR рассматривает предложение МООФФИ об официальном признании Альянса и, возможно, придании статуса Консорциума (Восточно-Европейский и Средне-Азиатский).

Так или иначе, работа началась. И в воздухе витает что-то такое... как будто такое уже было, когда все были вместе. Как сказал, завершая свое выступление, Президент МООФФИ проф. П.А. Воробьев: «Друзья, приглашаем вас назад в будущее!»

BACK IN USSR

Образован Евразийский Альянс фармакоэкономических обществ

О. Борисенко



появилась давно, и за несколько месяцев до подготовки этого мероприятия было решено сделать шаги по восстановлению связи между государствами-соседями. Предпосылки для этого имеются: действуют отделения МООФФИ в Казахстане и Белоруссии, недавно образованы Украинское, Молдавское, Киргизское отделения. Обсуждается создание отделений в Узбекистане, Абхазии. Да и так ли много времени прошло с момента распада Советского Союза? Так ли далеко разошлись дороги развития здравоохранения новых го-

СВЕТСКАЯ ХРОНИКА

С 19 по 20 ноября в г. Астана (Казахстан) прошла первая Международная научно-практическая конференция «Клинико-экономический анализ и управление качеством медицинской помощи». Конференция, согласно информации организаторов, собрала более 120 делегатов — ученых, практических врачей, фармакологов, клинических фармакологов, администраторов из Казахстана, России, Украины, Кыргызстана. Российская делегация была представлена специалистами из разных городов: Омска, Самары, Санкт-Петербурга и Москвы. Украину представляли гости из Харькова, Кыргызстан — гостя из Бишкека. В работе конференции приняли участие представители со всех регионов Казахстана (Астаны, Алматы, Петропавловска, Павлодара, Уральска, Шымкента, Кызыл-Орды, Кокшетау, Атырау, Тараза, Караганды, Актюбинска, Аркалыка). Делегатами от Казахстана были представители Министерства здравоохранения Республики Казахстан, Комитета по контролю в сфере медицинских услуг Минздрава Республики Казахстан, руководство Фармацевтического комитета, заместители руководителей областных департаментов здравоохранения, руководители медицинских вузов страны.

Открывал Конференцию Председатель Комитета по контролю в сфере медицинских услуг МЗ РК Мусин Е.М. Его доклад был посвящен этапам развития системы оценки качества медицинских услуг в РК. Заместитель председателя Фармакологического Комитета Пак Л.Ю. рассказала о перспективах развития фармакоэкономических исследований в Республике Казахстан. Президент Казахстанского регионального общественного объединения «Общества фармакоэкономических исследований» профессор Айнабекова Б.А. выступила с докладом: «Научные исследования: состояние проблемы в Казахстане и перспективы». В целом, программа заседаний первого дня была посвящена вопросам использования результатов клинико-экономических исследований, проведенных казахстанскими исследователями, в системе управления качеством в здравоохранении.

В рамках Конференции проводился I Установочный Евразийский конгресс по фармакоэкономике и управлению качеством медицинской помощи, на котором Президентом МООФФИ проф. П.А. Воробьевым был представлен проект Меморандума по созданию Евразийского Альянса фармакоэкономических обществ. В первую очередь это касается обществ Казахстана, России, Беларуси, Украины, Кыргызстана и Узбекистана. Проект Меморандума был обсуж-

ден, единогласно принят и подписан уполномоченными представителями стран-участниц Альянса.

20 ноября с утра началась работа школы по фармакоэкономике и доказательной медицине, которую проводили российские коллеги: профессор Воробьев П.А. доклад посвящен введению в клинико-экономический анализ и управление качеством в здравоохранении. Профессор Авксентьева М.В. дала первый урок по построению клинико-экономических исследований и второй по принятию решений на основе медицины доказательств и клинико-экономического анализа. Третий и четвертый уроки дала Лукьянцева Д.В. о системе стандартизации в здравоохранении — проблемах и перспективах для стран СНГ и стандартах медицинской помощи и протоколах ведения больных. Завершало школу выступление О.В. Борисенко о формулярной системе и системе управления качеством в медицинской организации.

Все зарегистрированные на школе участники получили соответствующие сертификаты, подтверждающие, что они прошли вводный курс по фармакоэкономике, за подписью Президента КазНООФФИ Айнабековой Б.А. и Президента МООФФИ Воробьева П.А.

Научная секция Конференции, проходившая в тот же день, дала возможность участникам ознакомиться с интересными докладами наших гостей: Зайцев А.А. (Россия) выступил с докладом «Фармакоэкономика внебольничной пневмонии». Новые возможности повышения рентабельности лечения», Яковлева Л.В. (Украина) рассказала о перспективах стандартизации медицинской помощи на Украине, Немченко А.С. — об обеспечении лекарственными средствами в Харьковской области, Тырсин О.Ю. (Россия) посвятил доклад роли фармацевтической компании в терапии

Фармакоэкономика в Казахстане

А. Пшенбаева



социально значимых заболеваний. Завершал работу научной секции главный клинический фармаколог Комитета здравоохранения правительства Санкт-Петербурга Хаджидис А.К., который в своем докладе освятил вопросы фармакоэкономики: ее целей, принципов, объектов исследования, проблем на уровне городского здравоохранения.

Следующий конгресс Евразийского Альянса фармакоэкономических обществ было решено провести в ноябре 2008 года в Астане (Казахстан).

Астана, Казахстан
20 ноября 2007 года

МЕМОРАНДУМ
о создании
Евразийского Альянса обществ фармакоэкономических исследований
(ЕВРАФИ, EVRASPOR)

Настоящий Меморандум устанавливает факт создания Евразийского Альянса обществ фармакоэкономических исследований (сокращенно ЕВРАФИ, EVRASPOR, Альянс).

Альянс объединяет на добровольной основе общественные организации стран-участниц Альянса, деятельность которых направлена на использование клинко-экономического анализа, медицины доказательств, стандартизации в здравоохранении и формуляров в качестве инструмента формирования систем управления качеством медицинской помощи. Альянс является образовательной, научной организацией, поддерживает высокие стандарты в ключевых областях экономики здравоохранения и использовании результатов исследований при принятии решений в области управления здравоохранением.

Участники Альянса признают историческую общность стран, входящих в Альянс, и считают, что имеется много сходных проблем в области управления здравоохранением. Страны-участницы Альянса за последние десятилетия столкнулись с отсутствием реальной политики рационального выбора лекарственных средств и других медицинских технологий, низкой доступностью надежных данных об эффективности, безопасности, эффективности затрат на медицинские технологии.

Участники Альянса считают необходимым создание системы рационального лекарственного обеспечения, медицинской помощи в целом, реализующей принципы этичности, справедливости, общедоступности, оптимизации затрат, отзывчивости системы здравоохранения, с тем, чтобы все страны-участницы Альянса использовали свои ресурсы мудро, прозрачно и эффективно.

Участники Альянса признают равноправие всех участников Альянса — общественных организаций и объединений, вне зависимости от того, какую страну представляет данная организация и от количества ее членов. Альянс приветствует образование как объединений внутри стран, так и международных альянсов, поощряет прямые контакты исследователей в области экономики здравоохранения, политиков и лиц, предоставляющих медицинскую помощь.

Участники Альянса приглашают к активному участию в этой международной общественной организации представителей других стран, имеющих сходные проблемы в системе медицинской помощи. Членство в Альянсе открыто, как для физических, так и для юридических лиц. Для вступления в Альянс новому члену необходимо подписать Меморандум.

Руководящие органы, правила их деятельности, права и обязанности физических и юридических лиц — участников Альянса устанавливаются соответствующими положениями учредительных документов Альянса.

Рабочим языком Альянса является русский. Штаб-квартира Альянса находится в г. Москва (Россия). Впредь, до принятия иного решения, Конгрессы Альянса ежегодно будут проводиться в г. Астана (Казахстан).

Альянс обращается в Совет Руководителей Международного общества фармакоэкономических исследований (ISPOR, США) с просьбой об его официальном признании.

Альянс поручает Межрегиональной общественной организации «Общество фармакоэкономических исследований» (Россия) проведение работ по юридическому оформлению документов Альянса.

Меморандум подписали:

От Казахстана

Президент Казахстанского регионального объединения «Общество фармакоэкономических исследований»

Б.А. Айнабекова

От Киргизии

Руководитель Кыргызского национального отделения МОО «Общество фармакоэкономических исследований»

Н.Н. Бримкулов

От России

Президент Межрегиональной общественной организации «Общество фармакоэкономических исследований»

П.А. Воробьев

От Украины

Руководитель Украинского национального отделения МОО «Общество фармакоэкономических исследований»

Л.В. Яковлева



ИнтерНьюс

Лучше пить или курить? А если вместе?

Оказывается, при сочетании алкоголя с сигаретами организму наносится гораздо больше вреда, чем при курении «на трезвую голову», или при употреблении алкоголя без сигарет. По крайней мере, к такому выводу пришли, после серии экспериментов, исследователи из Университета Алабамы в Бирмингеме, США (University of Alabama at Birmingham (UAB)). В экспериментах подопытным мышам создавали «накурненную» атмосферу, по плотности задымления соответствующую салону автомобиля, в котором курильщик смолит одну за другой, не открывая окон. Кроме этого, мышам держали на жидкой, этанол-содержащей диете, которая эквивалентна тому, как если бы человек весом в 70 кг пил бы по два стакана алкогольного напитка в час. Оказалось, что у тех несчастных мышей, которых и поили алкоголем, и заставляли дышать дымом, состояние кровеносных сосудов стало в 4,7 раз хуже, чем у контрольных мышей, дышавших чистым воздухом и получающих нормальную еду. Кровеносные сосуды мышей, которые только «курили», тоже оказались «слабее» нормы, но всего в 2,3 раза, а сосуды мышей, которые только «выпивали» — в 3,5 раза. Умеренное употребление алкоголя давно признано полезным для здоровья, и в частности, для органов сердечно-сосудистой системы. Но очевидно, что продолжительные возлияния, и тем более — приправленные сигаретным дымом, вызывают сердечно-сосудистые заболевания. И ещё, описанные результаты заставляют задуматься о том, что, дымя в дружеской компании, наносишь вред сердцам и сосудам своих некурящих собратьев. А это совсем нехорошо.

Источник: <http://www.medicalnewstoday.com/articles/89612.php>

Сельцовский рассказал, отчего умирают москвичи

Основными причинами смертности москвичей являются болезни сердца и системы кровообращения, сообщил на совместном заседании комиссий Мосгордумы по социальной политике и по здравоохранению руководитель столичного департамента здравоохранения Андрей Сельцовский. Доля болезней сердца и системы кровообращения в скорбном списке причин смерти составляет более 56%. 18% составляют злокачественные новообразования, травмы и несчастные случаи — почти 8%. По прогнозам Сельцовского, в столице в ближайшие годы будет отмечаться рост рождаемости и снижение младенческой смертности. Сейчас летальный показатель составляет 7,9 на тысячу родившихся младенцев (для сравнения в 2000 году — 11,3). Как заявил руководитель департамента здравоохранения, в ближайшие три года власти Москвы планируют направить более 500 миллиардов рублей на профилактику артериальной гипертонии в раннем периоде у молодежи, а также на помощь больным сердечно-сосудистыми заболеваниями, туберкулезом, психическими расстройствами и онкологическим больным.

Источник: «Вести.Ru»

Генетика учит думать

Руководитель команды ученых Р. Пломин из лондонского Института психиатрии (Institute of Psychiatry) провел исследование с участием 7000 детей в возрасте 7 лет. Оценка их интеллекта проводилась по результатам тестов на мыслительные способности. Затем ученые исследовали ДНК детей, показавших наилучшие и наихудшие результаты тестирования. Сравнив генетический набор в этих группах, специалистам удалось идентифицировать 6 генов, влияющих на интеллектуальные способности, однако даже самый значимый из них был ответственен лишь за 0,4-процентные колебания уровня интеллекта у детей. Суммарное влияние этих генов на интеллект оказалось равным одному проценту, свидетельствуют ученые. Предыдущие исследования, проведенные на близнецах и приемных детях, показали, что уровень интеллекта на 50% определяется генетическими факторами. Остальные 50% связаны с влиянием факторов окружающей среды. Результаты, полученные британскими учеными, не являются основанием для пересмотра этого соотношения. Новые данные могут свидетельствовать о том, что уровень интеллекта определяется не отдельными генами, а является результатом суммарного эффекта определенных сочетаний генов.

Источник: Medportal.ru

Уважаемые господа!

В 2008 году издательство «Ньюдиамед» начинает выпуск нового журнала

ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА И КЛИНИЧЕСКАЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Журнал будет продолжать линию «Международного журнала медицинской практики», прекратившего издание в 2007 г. (<http://www.mediasphera.ru/journals/practik/>). Эта линия состоит в последовательном продвижении в медицинскую практику научных эпидемиологических подходов. Цель журнала — сделать решение всех вопросов медицинской практики и управления здравоохранением, основанными на доброкачественных научных данных; сделать медицину, основанную на научных доказательствах, реальностью нашей жизни.

- В журнале:
- информирование читателей о наиболее важных исследованиях в медицине и общественном здоровье;
 - освещение ключевых вопросов методологии медицинских исследований в доступной для врачей форме;
 - самые высокие стандарты объективности и независимости информации;
 - уделение особого внимания:
 - вопросам общемедицинского значения;
 - информационному обеспечению врачей;
 - информационной поддержке решений;
 - средствам эффективного использования информации в обеспечении деятельности врачей и медицинских организаций.
 - освещение проблем, представляющих важность для врачей всех специальностей.
- Главным объединяющим фактором будет внимание к качеству исследований, к научной обоснованности предлагаемых решений.

Подписаться на наш журнал 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).

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)	1 полугодие		2 полугодие	
		1	2	3	4
Номера журнала					
Цена одного номера в руб.					
		500	500	500	500
ИТОГО (впишите сумму):					

НАШИ РЕКВИЗИТЫ: Банк получатель: АКБ «Стратегия» (ОАО), ИНН 770 224 522 0, БИК 044 579 505, КПП 770 201 001, К/с 301 018 100 000 000 005 05, Р/с 407 028 105 000 000 004 85.

Квитанцию о переводе оплаченной Вами суммы и бланк-заказ высылайте по нашему адресу:

115446, Москва, Коломенский проезд, 4, ГКБ № 7, Издательство «Ньюдиамед».

При необходимости, издательство выставляет счет. Тел./факс: (499) 782-31-09, (495) 609-13-57

E-mail: mtpndm@dol.ru, balch@dol.ru, www.zdravkniga.net, www.zdrav.net, www.rspog.ru.

В платежном поручении и в почтовом переводе обязательно указать:

- в графе «Получатель» — ООО «МТП Ньюдиамед»;
- в графе «Назначение платежа» — адрес доставки,
- стоимость дана с учетом НДС (10%).

ИнтерНьюс

Новый клей для тяжелых травм

Объединенная группа исследователей из Королевского университета в Белфасте (Queen's University Belfast) и университета Лидса (University of Leeds) представила новый материал, который облегчит жизнь пациентам с тяжелыми переломами, особенно тем, у кого травмирован позвоночник. Такие повреждения люди чаще всего получают в автомобильных авариях и при разрушении зданий. Как следствие, их состояние подчас критическое и любое серьезное хирургическое вмешательство чревато летальным исходом. Совсем недавно команда ученых получила грант в размере 1500 тысяч (около \$1 миллиона) от британского Совета по техническим и физическим исследованиям (Engineering and Physical Sciences Research Council — EPSRC) на дальнейшую разработку и исследование эффектов, оказываемых новым биологическим цементом на восстановление тканей позвоночника и организм в целом. До этого цементы для костной ткани, схожие с теми, что используются в восстановительной хирургии суставов, применялись в операции вертебропластики. Однако травмы, полученные при падении и прочих очень сильных воздействиях (удары, разрывы, смещения), лечить гораздо сложнее. Для этого часто требуются «агрессивная» хирургия, сложный комплекс аппаратуры и высококвалифицированные специалисты, после операции пациент долгое время остается госпитализированным. Использование нового биологического цемента несколько облегчит работу хирургов. Операции станут проще, проводить их будут быстрее, не потребуются вмешательства (вместо обширных разрезов будут лишь небольшие проколы), время восстановления и стоимость лечения уменьшатся. К сожалению, авторы работы не приводят состав нового продукта, хотя можно предположить, что он основывается на гидроксипатите или искусственном коллагене.

Источник: MEMBRANA

Частным клиникам могут запретить делать аборт. Цель благая, а результат?

В Минздравсоцразвития рассматривают возможность принятия такой меры. Чиновники из Минздрава серьезно настроены на борьбу за улучшение демографической ситуации в России. Запрет на аборт в частных медучреждениях значится в планах на будущее. В то же время министерство уже разработало ряд мер, призванных переломить ситуацию с рождаемостью. В женских консультациях появится новая штатная единица — социальный работник. Его основной задачей будет работа по профилактике абортов. Кроме того, уже пересмотрен перечень медицинских показаний для искусственного прерывания беременности — список стал короче на 92 пункта. Этот шаг объясняется тем, что в последнее время появились новые методы лечения многих заболеваний. В соответствии со специальным приказом министерства теперь каждая женщина, которая будет делать аборт в государственных больницах, должна подписать специальную бумагу «информированное добровольное согласие».

Источник: GZT.ru

Меньше ешь — выше вероятность забеременеть. Вот решение всех проблем

Диета с низким содержанием жиров и сахара, применение поливитаминов, низкий индекс массы тела и увеличение физической активности связаны с уменьшением риска овуляторного бесплодия. Х. Чаварро (Harvard School of Public Health, Boston, USA) наблюдал в общей сложности 17 544 женщин в возрасте между 25 и 42 годами были наблюдаемы в течение 8 лет, и им был назначен счет «фертильной диеты» из одного — пяти пунктов, основываясь на диете низкого риска или привычках, которых они придерживались. Более высокий счет ассоциировался с более низким риском овуляторного бесплодия. У женщин, придерживающихся как минимум 5 паттернов образа жизни или оптимальной диеты, риск овуляторного бесплодия уменьшался на 54%, по сравнению с только 30% сокращением риска у женщин с 1 измененным параметром образа жизни или диеты.

Источник: <http://www.solvay-pharma.ru>

Начало на стр. 1 ↗

клинические фармакологи такой возможности лишены. И этим пытаются воспользоваться фармфирмы...

О фармакоэкономике. Когда ты работаешь в какой-то области и вдруг откуда-то появляются специалисты, которые претендуют на то, что они уже давно в этой области работают, то возникает вопрос: «А где же вы были раньше?» Учитывая, что участие в этих мероприятиях должно оплачиваться большим регистрационным взносом, то встает вопрос доступности для широких слоев медицинской общности. Проблема не исчезает и не минимизируется, а нарастает, потому что фармакоэкономику можно использовать как во благо, так и во вред. Судя по официальным материалам, спускаемым к нам, фармакоэкономика в клинической фармакологии должна изучаться лишь как упоминание, также и доказательная медицина. Врачи, сегодня получающие дипломы, не знают о современных подходах в рациональной фармакотерапии, формирующиеся во всем мире. Все отдано на совесть кафедр и преподавателей и напрямую зависит от их знаний и желаний. Мы с вами можем назвать 5—6 кафедр в стране, где сегодня фармакоэкономике студентам рассказывают, но не изучают. А в остальных-то вузах и преподаватели представления о ней не имеют. С другой стороны, на клиническую фармакологию выделено мало часов, и насыщать их содержанием еще больше невозможно. Лекарственная терапия, фармакотерапия — один из основных методов лечения, а если сопоставить часы, выделенные клинической фармакологии по сравнению с другими дисциплинами, то они выглядят очень скромно. А на постдипломном этапе во многих специальностях они вообще отсутствуют. В свое время были выделены часы в интернатуре для выпускников стомфактов, но там написано — фармакология, а не клиническая фармакология, а это хоть и имеющее много общего, но тем не менее разные дисциплины. Я не думаю, что нужно «подвинуть» фармакологию в счет клинической фармакологии. Просто должна быть расширена последняя за счет дублирования разговоров о лечении на базовых клинических дисциплинах. Все-таки необходимо отдать клиническим фармакологам методологию выбора препарата, на управление здравоохранением (общественное здоровье) отдать знания экономического анализа, в том числе и в части применения лекарственных препаратов (фармакоэкономика, клинико-экономический анализ).

Вопросы комплексного подхода, разве организаторы здравоохранения говорят об этом? Думаю, что нет. Чтобы об этом говорить, нужно в этом разбираться. О фармакоэкономике организаторы здравоохранения сегодня практически не знают. На последипломном этапе мы это остро ощущаем.

Сегодня современный главный врач не может работать без знаний основ клинико-экономического анализа, думаю, что никто уже не будет это даже оспаривать. Это просто обязательный элемент подготовки руководителя учреждения здравоохранения. Денег, сколько ни дай, потратить рационально, без какого-то четкого подхода, невозможно. Проанализировать, что сделано, как израсходованы деньги, без этого невозможно.

Обнадеживает то, что довольно приличное количество главных врачей сегодня над этой проблемой думают, принимают конкретные шаги к тому, чтобы такого рода анализ использовать в своих лечебных учреждениях. В городе Хабаровске некоторые главные врачи обращались к нам, и мы проводили такой анализ для лечебного учреждения. Департамент здравоохранения Сахалинской области и обращался, чтоб мы посмотрели их перечень лекарственных препаратов, который приобретает за счет бюджета. Областная сахалинская больница сегодня обратилась с такой же просьбой, такая же работа проводилась на Камчатке в областной больнице. Учитывая, что на многих территориях клинических фармакологов нет вообще, то я думаю, что эти вопросы там даже не обсуждаются (что обсуждать, если нет носителя знаний, информации, навыков в этой области). Я, как главный клинический фармаколог Дальневосточного федерального округа, отправлял запросы по федеральному округу и оттуда, где работа ведется, ответы всегда приходят. В Приморском крае активно клинические фармакологи себя ведут, и в этом безусловно заслуга и Департамента здравоохранения, который понимает важность этого раздела, и Медицинского университета, который готовит специалистов в данной области. В Хабаровском крае у нас что-то делается, мы это видим. Но на других территориях тишина.

Я думаю, что со стороны руководителей здравоохранения есть не только непонимание необходимости, но иногда и нежелание кого-то еще пускать в эту область, ведь придут специалисты и увидят, что там происходит в действительности. Некоторые вещи происходят умышленно, некоторые делаются просто по незнанию. Мы же не можем сбросить со счетов чьи-то личные или корпоративные интересы в проведении закупок. А какие там информационные источники для врачей? Чем сегодня пользуются врачи? Справочником «Видаль» и т. д. Врач в тонкостях не разбирается: пришли справочники от Гэотара в рамках Национального проекта, и врач, которому вручили этот справочник, искренне считает, что все то, что там написано, соответствует требованиям нормативной базы, современной науке. А это далеко не так.

Для нашего Института повышения квалификации проблема образовательная является базовой, если люди не обучены рациональному выбору лекарств, других подходов, то эти врачи обречены на неуспех.

ПРОТОКОЛЫ МГНОТ

ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ СЕКЦИИ «ЧЕЛОВЕК И ИНФЕКЦИЯ» МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ от 18.04.2006 г.

Сопредседатель секции:

Заместитель главного терапевта ГУЗ УДП д.м.н.,

проф. В.Е. Ноников;

Заместитель главного инфекциониста ГУЗ УДП член-корр.

РАМН, проф. Б.П. Богомолов

Постоянный оппонент: проф. П.А. Воробьев

Секретарь: И.В. Тюрина

Повестка дня: «ЛОР-патология в практике врача-терапевта»

1. Сединкин А.А. (Московский НПЦ оториноларингологии ДЗ г. Москвы)

Основное внимание в докладе уделено лечебно-диагностическому алгоритму при остром бактериальном воспалении в отоларингологии.

Приведены некоторые данные комплексной проверки 98 поликлиник г.Москвы в 2005 г. В структуре заболеваемости патологии ЛОР органов по обращаемости 37,3% занимают болезни уха; 34,2% — болезни носа и околоносовых пазух; 23% — болезни глотки. В то же время сравнительный анализ показателей заболеваемости патологии ЛОР органов по обращаемости 1975—2004 гг. показал, что сегодня лидирующие позиции занимают заболевания уха, носа и околоносовых пазух. В докладе подробно освещены вопросы этиологии, диагностики и лечения острых бактериальных синуситов и отитов. Основным путем проникновения инфекции при остром бактериальном синусите является риногенный, т. е. инфицирование околоносовых пазух через естественное соустье микрофлорой полости носа. Основные возбудители острых бактериальных синуситов и отитов — *S. Pneumoniae*, β -гемолитический стрептококк, *H. Influenzae*. Наиболее часто в структуре острого синусита встречается верхнечелюстной синусит (гайморит), что определено анатомическими особенностями. Чаще всего воспаляется несколько пазух одновременно (полисинусит, гемисинусит, пансинусит). Важно учитывать характерные жалобы, анамнез, наличие лейкоцитоза, данные осмотра ЛОР органов, рентгенографии околоносовых пазух или компьютерной томографии. Выполнение лечебно-диагностической пункции воспаленного синуса необходимо для определения характера секрета, для выбора ан-

тибактериальной терапии и ее коррекции при неэффективности. Докладчик подробно изложил принципы антибактериальной терапии острого впервые выявленного синусита. Антибактериальная терапия назначается эмпирически. Препаратами выбора являются защищенные бета-лактамы антибиотиками (амоксциллин/клавуланат, ампициллин/сульбактам), при их непереносимости макролиды (азитромицин, кларитромицин). Вместе с антибактериальной терапией проводится и симптоматическая терапия. Далее докладчик представил диагностику и лечение острого среднего отита, отметив, что среди общего числа лиц с патологией ЛОР органов острый средний отит диагностируется в 20—37% случаев. Острый средний отит занимает 2 место по развитию различных осложнений среди всех заболеваний уха. Основным путем проникновения инфекции при остром среднем отите является тубогенный, т. е. инфицирование среднего уха через слуховую трубу микрофлорой полости носа. В заключении докладчик представил типичные ошибки, возникающие при проведении системной антибактериальной терапии: выбор препарата проводится без учета основных возбудителей и спектра активности (для лечения отитов и сину-



ситов нецелесообразно назначение линкомицина, доксициклина, ципрофлоксацина); антибиотикотерапия, проводимая в амбулаторных условиях должна основываться на пероральном назначении препарата; неправильный выбор дозы препарата, обычно — в сторону занижения.

Вопрос: Как часто при острых синуситах выполняется пункция?

Ответ: При экссудативной форме всегда.

Продолжение на стр. 7 ↗

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., Какорина 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 ПРОСТАТИТОМ

1. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА

Категория возрастная: взрослые

Нозологическая форма: Острый простатит

Код по МКБ-10: N 41.0

Фаза: обострения

Условие оказания: амбулаторно-поликлиническая помощь

Приложение
к приказу Министерства
здравоохранения и социального развития
Российской Федерации
от 22 ноября 2004 г. № 245

1.1. ДИАГНОСТИКА

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.21.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии мужских половых органов	1	1
A01.21.002	Визуальное исследование при патологии мужских половых органов	1	1
A01.21.003	Пальпация при патологии мужских половых органов	1	1
A09.28.001	Исследование осадка мочи	1	3
A04.21.001	Ультразвуковое исследование простаты	0,8	1
A08.05.004	Исследование уровня лейкоцитов в крови	0,8	1
A08.05.006	Соотношение лейкоцитов в крови (подсчет формулы крови)	0,8	1
A09.21.002	Микроскопическое исследование уретрального отделяемого и сока простаты	0,8	1
A09.21.006	Микробиологическое исследование секрета простаты	0,8	1
A11.05.001	Взятие крови из пальца	0,8	1
A04.28.001	Ультразвуковое исследование почек	0,5	1
A04.28.002	Ультразвуковое исследование мочевого пузыря	0,5	1
A12.28.006	Измерение скорости потока мочи (урофлоурометрия)	0,01	1

2.1. ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА 14 ДНЕЙ

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.21.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии мужских половых органов	1	2
A01.21.002	Визуальное исследование при патологии мужских половых органов	1	2
A01.21.003	Пальпация при патологии мужских половых органов	1	2
A04.21.001	Ультразвуковое исследование простаты	0,5	1
A08.05.004	Исследование уровня лейкоцитов в крови	0,8	1
A08.05.006	Соотношение лейкоцитов в крови (подсчет формулы крови)	0,8	1
A09.21.002	Микроскопическое исследование уретрального отделяемого и сока простаты	0,25	1
A09.21.005	Микроскопическое исследование осадка секрета простаты	0,25	1
A09.21.006	Микробиологическое исследование секрета простаты	0,05	1
A09.28.001	Исследование осадка мочи	1	1
A11.05.001	Взятие крови из пальца	0,8	1
A25.28.001	Назначение лекарственной терапии при заболевании почек и мочевыделительного тракта	1	1

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД**	ЭКД***
Средства для профилактики и лечения инфекций				1	
	<i>Антибактериальные средства</i>		1		
		Цефотаксим	0,1	3 г	30 г
		Цефтриаксон	0,1	2 г	20 г
		Ципрофлоксацин	0,1	1 г	10 г
		Офлоксацин	0,1	400 мг	4 г
		Доксициклин	0,1	200 мг	2 г
		Азитромицин	0,1	500 мг	2,5 г
	<i>Противопаразитарные и противомаларийные средства</i>		0,4		
		Метронидазол	0,9	1,5 г	11 г

* — анатомо-терапевтическо-химическая классификация

** — ориентировочная дневная доза

*** — эквивалентная курсовая доза

2. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА**Нозологическая форма:** Хронический простатит**Код по МКБ-10:** N 41.1**Фаза:** обострения**Осложнение:** без осложнений**Условие оказания:** амбулаторно-поликлиническая помощь

2.1. ДИАГНОСТИКА

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.28.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии мужских половых органов	1	1
A01.28.002	Визуальное исследование при патологии мужских половых органов	1	1
A01.28.003	Пальпация при патологии мужских половых органов	1	1
A03.21.001	Ультразвуковое исследование простаты	0,8	1
A09.21.002	Микроскопическое исследование уретрального отделяемого и сока простаты	0,8	1
A09.21.006	Микробиологическое исследование секрета простаты	0,8	1
A08.05.004	Исследование уровня лейкоцитов в крови	0,8	1
A08.05.006	Соотношение лейкоцитов в крови (подсчет формулы крови)	0,8	1
A11.05.001	Взятие крови из пальца	0,8	1
A04.28.001	Ультразвуковое исследование почек	0,5	1
A04.28.002	Ультразвуковое исследование мочевого пузыря	0,5	1
A09.28.001	Исследование осадка мочи	1	3
A12.28.005	Измерение объема остаточной мочи	1	1
A09.05.135	Исследование уровня простатспецифического антигена	0,3	1
A12.28.001	Цистометрография	0,2	1
A12.28.006	Измерение скорости потока мочи (урофлоуметрия)	0,01	2

2.2. ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА 30 ДНЕЙ

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.21.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии мужских половых органов	1	2
A01.21.002	Визуальное исследование при патологии мужских половых органов	1	2
A01.21.003	Пальпация при патологии мужских половых органов	1	2
A09.21.002	Микроскопическое исследование уретрального отделяемого и сока простаты	1	1
A25.28.001	Назначение лекарственной терапии при заболевании почек и мочевыделительного тракта	1	2
A04.21.001	Ультразвуковое исследование простаты	0,5	2
21.21.001	Массаж простаты	0,4	10
A09.21.005	Микроскопическое исследование осадка секрета простаты	0,3	1
A09.28.001	Исследование осадка мочи	0,3	3
A17.21.001	Электрофорез лекарственных препаратов при заболеваниях мужских половых органов	0,3	10
A08.05.004	Исследование уровня лейкоцитов в крови	0,1	1
A08.05.006	Соотношение лейкоцитов в крови (подсчет формулы крови)	0,1	1
A11.05.001	Взятие крови из пальца	0,1	1
A12.28.005	Измерение объема остаточной мочи	0,1	1
A04.28.002	Ультразвуковое исследование мочевого пузыря	0,05	1
A12.28.001	Цистометрография	0,05	1
20.28.001	Грязелечение при болезнях почек и мочевыделительного тракта	0,05	10
A12.28.006	Измерение скорости потока мочи (урофлоуметрия)	0,01	1

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД**	ЭКД***
Средства для профилактики и лечения инфекций			0,4		
	<i>Антибактериальные средства</i>		1		
		Доксициклин	0,4	200 мг	2 г
		Ципрофлоксацин	0,1	1 г.	10 г
		Офлоксацин	0,1	400 мг	4 г
		Азитромицин	0,1	500 мг	2,5 г
	<i>Противопаразитарные и противомалярийные средства</i>		0,4		
		Метронидазол	0,5	1,5 г	11 г
Средства для лечения аденомы простаты			0,01		
	<i>альфа 1-адреноблокаторы</i>		1		
		Альфузозин	0,25	10 мг	1830 мг
		Тамсулозин	0,25	0,4 мг	73,2 мг
		Доксазозин	0,25	4 мг	732 мг
		Теразозин	0,25	5 мг	915 мг

* — анатомо-терапевтическо-химическая классификация. ** — ориентировочная дневная доза. *** — эквивалентная курсовая доза

Уважаемые коллеги, читатели газеты**«ВЕСТНИК МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ****МОСКОВСКИЙ ДОКТОР»****подписаться на нашу газету вы можете:**

1. Через агентство РОСПЕЧАТЬ, каталог «ГАЗЕТЫ И ЖУРНАЛЫ». Индекс газеты — 19412.
 2. Через редакцию газеты, заполнив бланк-заказ и оплатив указанную сумму (газета 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 газеты на 2008 год в редакцииВаш адрес просим указывать **ПЕЧАТНЫМИ** буквами.

Ф.И.О. подписчика	Почтовый адрес доставки (индекс обязательно)	I полугодие											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
		Цена в руб.											
		42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42
		2 полугодие											
		13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
		Цена в руб.											
		42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42
		ИТОГО: (впишите сумму)											

Квитанцию о переводе оплаченной Вами суммы и бланк заказа высылайте по адресу:

**115446 Москва, Коломенский пр., 4, ГКБ 7,
Кафедра гематологии и гериатрии ФППОВ**
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

Для членов МГНОТ подписка остается бесплатной! Для тех, кто подписался на газету до 01.08.07 г. подписка остается бесплатной!

Начало на стр. 4

2. К.м.н. Никифорова Г.Н. (ММА им. И.М. Сеченова) «Патология ЛОР органов в работе врача общей практики».

До принятия Болонской декларации наше здравоохранение развивалось по такому принципу: есть врач-терапевт и есть врачи-специалисты. Во многих случаях, после того, как терапевт заподозрил какую-либо патологию, связанную с узкой специальностью, он направлял этого пациента к врачу соответствующей специальности. Однако в сегодняшних условиях, например, интернатура по оториноларингологии исключена из подготовки, и врачи готовятся только в клинической ординатуре. Поэтому, вероятно, в скором времени в поликлиниках ЛОР-врачей не будет, они останутся только в крупных центрах и лечебно-диагностических подразделениях. В связи с этим врач-терапевт должен разбираться во всей патологии и максимально адекватно назначать лечение и только в случае необходимости направлять пациентов к врачам-специалистам. Первопричиной многих патологических состояний ЛОР-органов являются острые респираторные заболевания. Основной составляющей защитного механизма слизистой оболочки верхних дыхательных путей является мукоцилиарный клиренс, т. е. процесс очищения дыхательных путей, и поэтому основное внимание уделяется состоянию слизистой оболочки и ее первому этапу защитного механизма. Поэтому поддержание в нормальном состоянии мукоцилиарного клиренса, т. е. адекватная терапия воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей способствует предотвращению затяжных течений, развитию побочных реакций, осложнений и препятствует переходу заболевания в хроническую форму. При этом нельзя не отметить и экономические затраты, обусловленные неправильной выбранной тактикой лечения. Далее представлена клиника и современные подходы к лечению острых респираторных заболеваний. Было отмечено, что при ОРЗ очень часто неоправданно назначают антибактериальные препараты. Подробно изложив принципы дифференциальной диагностики ОРЗ и острых синуситов и основные принципы лечения, докладчик еще раз подчеркнул, что неосложненные формы острого синусита могут лечиться врачами общего профиля. Любая форма хронического синусита требует направления больного к ЛОР-врачу. Кроме того, было отмечено, что очень часто при назначении антибактериальной терапии сразу назначают противогрибковые препараты. Недлительный прием современных антибиотиков до 10 дней не требует назначения антимикотических препаратов. В случае, если больной ослаблен, получает цитостатическую или противоопухолевую терапию, или получает повторный курс системной антибактериальной терапии, то показано назначение системных противогрибковых препаратов (кетоназол, флуконазол, миконазол). Назначение нистатина в настоящее время считается нецелесообразным, т. к. он практически не всасывается в кишечнике и не может быть препаратом для профилактики вторичного кандидоза.

При патологии полости носа высок риск перехода воспаления на среднее ухо благодаря наличию слуховой трубы. Состояние слуховой трубы имеет определяющее значение для нормального функционирования структур среднего уха. Развитие воспалительных заболеваний среднего уха связано с нарушением функций слуховой трубы. Количество больных с воспалительными заболеваниями слуховой трубы и среднего уха не становится меньше, несмотря на большой арсенал современных способов и методов лечения, включая медикаментозные средства, иммунокорректирующие препараты, физиотерапевтические процедуры. В настоящее время наблюдается рост больных с грибковой патологией наружного и среднего уха, в том числе вследствие избыточного местного и системного применения антибиотиков. Следует помнить, что часто экссудативный средний отит протекает без болевого симптома и приводит к стойкой тугоухости, поэтому очень важно вовремя заподозрить такое заболевание и назначить своевременное адекватное лечение. Далее докладчик подробно остановилась на основных принципах лечения патологии слуховой трубы и среднего уха, отметив, что определенная роль здесь принадлежит мукоактивным препаратам. В докладе также были изложены основные клинические проявления, дифференциальная диагностика и принципы

лечения заболеваний глотки. При этом неосложненные заболевания глотки может лечить врач общего профиля.

Аллергический ринит представляет собой глобальную проблему здравоохранения. В мире аллергическим ринитом страдают 10–25% населения, при этом его распространенность постоянно возрастает. Это заболевание не расценивается как тяжелое, тем не менее, оказывает существенное влияние на социальную активность больных и является причиной значительных финансовых затрат. Аллергический ринит опасен тем, что является предвестником и предрасполагающим фактором при развитии других заболеваний дыхательных путей и уха (острого и хронического среднего отита в 24% случаев, хронического риносинусита — 28%; бронхиальной астмы — 88% случаев). Следует отметить, что в последнее время большое значение придается грибковой аллергии. Далее были представлены клинические проявления, дифференциальная диагностика и основные принципы лечения аллергического ринита.

Вопрос: Какие основные причины развития атрофического ринита?

Ответ: Прежде всего, это необоснованное применение сосудосуживающих препаратов. На первой стадии это приводит к медикаментозному вазомоторному риниту, а в дальнейшем с течением времени к атрофическому процессу в полости носа. Вторым фактором является работа на вредных производствах (например, производство препаратов на основе сулемы и т. д.).

Вопрос: Как Вы относитесь к применению средств народной медицины (малина, мед и т. д.) при воспалительных заболеваниях верхних дыхательных путей?

Ответ: Мое мнение, что народная медицина хороша до известных пределов. Подход должен быть индивидуальным. В случае, если человек с хорошим иммунитетом, ведущий здоровый образ жизни, и у него появляются симптомы простуды, то очень часто он может блокировать простуду народными средствами. А если это ослабленный человек, имеющий соматическую патологию, хронические воспалительные заболевания, то этого делать не стоит.

Вопрос: Как Вы считаете, пункция — это удел ЛОР-врача, или выполнение этой манипуляции перейдет к врачу общей практике?

Ответ: Я считаю, что ЛОР-врача.

Комментарий П.А. Воробьева: Есть закон о распределении обязанностей между субъектом и муниципалитетом. В муниципальной медицине (поликлиники, больницы, включая скорую помощь) ЛОР-врачей, скорее всего, не будет. Речь идет не о первичном звене, а о специализированном.

3. Профессор Морозова С.В. (ММА им. И.М. Сеченова) «Лечебная тактика при обострениях воспалительных заболеваний глотки и верхних дыхательных путей».

Хронический тонзиллит и хронический фарингит — не узкоспецифическая ЛОР-патология, а общетерапевтическая проблема. Данная патология широко распространена среди лиц молодого, трудоспособного возраста и детей, а также имеется высокая вероятность развития тяжелых осложнений, приводящих к длительной нетрудоспособности, что определяет высокую социальную значимость «тонзиллярной» проблемы. Важным фактором, способствующим хроническим воспалительным заболеваниям глотки, является фактор, определяющий частоту возникновения обострений этих заболеваний — фактор иммунитета. Безусловно, большую роль играет фактор системного иммунитета, но в докладе особое внимание уделено роли и методам коррекции нарушения иммунного статуса локального звена. Воспалительные заболевания глотки и полости рта протекают на фоне иммунного дисбаланса, в частности на фоне дисбаланса локального иммунитета. Недостаточность секреторного IgA вызывает нарушение специфической противомикробной активности ротоглоточного секрета. Сегодня основным стратегическим направлением в лечении хронического тонзиллита является сокращение показаний к хирургическому лечению и имеется четкая тенденция к сохранению небной миндалины как фактора локальной защиты и как фактора, формирующего системный иммунитет.

В заключение Богомолов Б.П. поблагодарил докладчиков за очень интересные доклады.

ИнтерНьюс

Сколько волос можно съесть?

Американские хирурги извлекли из желудка 18-летней девушки свалевшийся ком волос весом около 4,5 килограммов. Юная пациентка поступила в клинику с жалобами на продолжительные боли в животе, рвоту и быструю потерю веса — в течение пяти месяцев она похудела на 18 килограммов. При обследовании на компьютерном томографе выяснилось, что пациентка в течение нескольких лет ела собственные волосы — такое поведение, характерное для больных с психическими расстройствами, называется трихофагией. После выписки из больницы девушку поместили под наблюдение психиатра. Спустя год после начала лечения она прибавила в весе 9 килограммов. По ее словам, с трихофагией покончено.

Источник:

New England Journal of Medicine

Скоро все умрем от депрессии

К 2020 году в мире на второе место среди причин инвалидности людей выйдет депрессия. Эта же болезнь будет чаще других приводить к смертельному исходу после сердечно-сосудистых заболеваний. Такие данные ВОЗ привел на пресс-конференции председатель московского общества психиатров и наркологов С. Мосолов. Он пояснил, что такое безобидное на первый взгляд заболевание, как депрессия, часто ведет к болезням внутренних органов, приверженности к алкоголю и наркотикам. Около 15% страдающих хронической депрессией заканчивают жизнь самоубийством. При этом предрасположенность к депрессии носит генетический характер. У людей, имеющих такую предрасположенность, риск развития депрессии повышается в 4 раза. Как рассказала журналистам профессор Центра общей и судебной психиатрии им. Сербского Н. Тювина, каждый 5-й человек в своей жизни так или иначе переносит депрессию, но большинство из них к психиатрам не обращаются. В основе появления депрессии обычно лежит стресс. Психиатры отмечают, что в последние годы стрессоустойчивость людей во всем мире снижается обратно пропорционально техническому прогрессу, поскольку все большая загруженность работой, транспортные нагрузки ведут ко все большему стрессу. Специалисты призвали россиян не бояться обращаться к врачу, делать это своевременно, а также не опасаться приема назначенных врачом антидепрессантов. Предписанные лекарства помогут не запустить болезнь, а самостоятельно стоит привносить в свою жизнь положительные эмоции, связанные с общением с детьми, природой, искусством. Как считают психиатры, особенно актуально это в осеннее и зимнее время, когда световой день сокращается, что способствует развитию депрессии.

Источник: GZT.ru

Провести операцию экстракорпорального оплодотворения в 2008 г. смогут 1100—1200 бесплодных подмосковных семей, расходы на операцию возьмут на себя власти региона, говорится в постановлении, принятом на очередном заседании правительства региона

«На эти цели в областном бюджете выделено 110 миллионов рублей», — рассказал журналистам министр здравоохранения правительства Московской области Владимир Семенов. Он отметил, что ежегодно в Московской области в подобной операции нуждается 1500—1600 семейных пар. Стоимость такой медицинской услуги варьируется от 80 до 120 тысяч рублей и зависит от состояния здоровья женщины, формы бесплодия и возраста будущей матери.

Источник: РИА Новости

ВНИМАНИЕ!

для НЕВРОПАТОЛОГОВ, ПСИХИАТРОВ, ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ, ТЕРАПЕВТОВ, А ТАКЖЕ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ!

ВЫШЛА В СВЕТ НОВАЯ КНИГА!

ПРОТОКОЛ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ БОЛЕЗНЬ ПАРКИНСОНА

Утверждено Заместителем Министра здравоохранения и социального развития Российской Федерации В.И. Стародубовым 14 января 2005 г. Издательство НЬЮДИАМЕД 2006 г.



Болезнь Паркинсона — одно из наиболее распространенных неврологических заболеваний, клиническая картина которого складывается в основном из двигательных, вегетативных, сенсорных и психических нарушений, нарушений сна и бодрствования. Своевременная диагностика и правильно подобранное лечение, как правило, сохраняет на долгие годы профессиональную и бытовую активность пациента. Протокол содержит четко регламентированную информацию о диагностике и лечении данного заболевания. Использование в Протоколе медицинских технологий обосновано результатами качественных клинических исследований в соответствии с требованиями доказательной медицины. Использование Протокола в практической работе, научных и учебных программах, деятельности организаторов здравоохранения позволит принимать рациональные клинические и организационные решения, избежать использования неэффективных медицинских технологий и как результат — обеспечить качество медицинской помощи. Протокол ведения больных «Болезнь Паркинсона» — основа для внедрения современных методов диагностики и лечения в практику здравоохранения и создания системы управления качеством медицинской организации.

Заявки на приобретение можно направлять по адресу:
 115446, Москва, Коломенский пр., д. 4, ГКБ № 7, издательство НЬЮДИАМЕД
 E-mail: mtpndm@dol.ru Подробности на сайтах: www.zdrav.net и www.zdravkniga.net

ИнтерНьюс

В глазах человека обнаружена вторая светочувствительная система

С. Локли из медицинского колледжа Гарварда США доказал выдвинутое ранее предположение, что в человеческих глазах существует вторая светочувствительная система, и что именно она управляет циркадным ритмом, но способна также обеспечивать и некоторое визуальное восприятие. Ученые давно знают, что глаза отвечают не только за зрение, но влияют на циркадный ритм, указывая организму, когда наступает ночь, а когда — день. Однако долгое время биологи предполагали, что за визуальное восприятие и за простое различение света и темноты в глазах ответственны одни и те же клетки — всем известные палочки и колбочки. Лишь в 1990-х годах были проведены опыты на животных и здоровых людях, позволившие предположить, что это не так. Биологи поняли, что, по всей видимости, за циркадный ритм отвечают другие клетки в глазу — светочувствительные ганглиозные клетки сетчатки (pRGCs), связанные с гипоталамусом, управляющим биологическими часами. Превью опыты показали, что клетки эти наиболее чувствительны к синему свету, в то время как обычная зрительная система имеет наибольшую чувствительность к зеленому. Теперь Локли и его коллеги поставили новые опыты с двумя слепыми людьми (56-летним мужчиной и 87-летней женщиной). Хотя они совершенно не могли видеть, их циркадный ритм не был затронут. Это редкий случай, так как обычно люди, полностью ослепшие, имеют нарушения циркадного ритма — они то чувствуют себя сонными днем, то пробуждаются ночью. Экспериментаторы светили в глаза испытуемых разными источниками света — зеленым и синим (с длиной волны 480 нанометров). Зеленый не оказывал никакого влияния на циркадный ритм и содержание мелатонина — гормона, который вырабатывается в ночное время и делает человека сонным. А вот синий свет привел у мужчины к 57-процентному снижению уровня мелатонина. Более того, его биологические часы сдвинулись на 1,2 часа, и увеличилась настороженность (оцениваемая по альфаритму). Но на этом сюрпризы не закончились. Оказалось, что вторая зрительная система не только управляет циркадным ритмом, но способна в некоторой степени вызывать у человека визуальные ощущения. Так, женщина, хотя совершенно не могла видеть, оказалась способна отличить момент, когда в ее глаза светили синим светом, хотя свет на других длинах волн она почувствовать не могла. И это было не все. Авторы работы установили, что за сокращение и расширение зрачков на ярком свете или, наоборот, в темноте, отвечают не палочки с колбочками, а все та же вторая зрительная система. Так, зрачки слепой испытуемой не реагировали на подсвечивание обычной ручкой-фонариком, которой доктор проверяют реакцию зрачка. Но они сокращались в ответ на длительное воздействие синего света, сильнее, чем при любом другом свете. По словам Локли, эти опыты обеспечивают заключительное подтверждение результатов предыдущих экспериментов и помогут лучше понять работу наших биологических часов. Кстати, ранее он же на опытах со здоровыми испытуемыми показал, что синий свет подавляет сонливость.

Источник:
MEMBRANA

Нет отбоя от рекламы

Зачем люди идут к врачу? Думаете — лечиться? — Ошибаетесь. Американские социологи подметили, наконец, закономерность. Как только по телевизору рекламируют новое лекарство, в клиниках нет отбоя от посетителей: больные буквально урывают врачей прописать им это самое новейшее чудодейственное средство. По данным исследований, сегодня в США так поступает каждый четвертый пациент. И с каждым годом сила воздействия рекламы только растет.

Источник:
OPT 11.09.07

Владимир, персонаж без фамилии, продолжает настаивать на пользе БАДов: Еще добавлю несколько ссылок на источники, в которых упоминается о том, что и РАМН и МИНЗДРАВ поддерживают БАД в России (ссылки мы опускаем, чтобы не было рекламы). И (да простит меня Павел Андреевич насчет рекламы) пару ссылок на не очень авторитетные источники, в которых рассказывается об эффективности БАД. Только попрошу язвительные комментарии на тему коррупции оставить при себе, а почитать состав препаратов и объяснить, почему же тот или другой рассказ не может быть правдой.

Рассказы — забавно? Конечно, прощаем прямую рекламу, ведь человек искренне хочет добра людям. Не за деньги. Так он утверждал ранее. Теперь показания Владимир изменил.

Вступает Артем: Если БАДы не контролируются государством, то возможен ли обратный процесс, то есть производители лекарств, избегая госконтроля и затрат на клинические испытания, регистрируют неиспытанные лекарства как БАДы?

Мне приходится заступиться за честных БАДовиков: Именно так и происходит — кому неохота регистрировать лекарства, регистрируют БАД. В США один орган регистрирует все — FDA, и если он отказывает в регистрации лекарства (нет данных по эффективности, не достаточно экспериментальных данных, но есть информация по безопасности), то регистрируется БАД. По мере накопления информации может произойти перерегистрация в лекарство. А у нас — бардак, одно ведомство регистрирует лекарства (Росздравнадзор), а другое — БАДы (бывший Санэпиднадзор).

А вот Мария, она повежливее: Владимир, а не могли бы Вы мне подсказать, где именно на сайте компании S...а имеются исследования по БАДам (я не нашла, но, может, плохо искала)? Я имею в виду публикацию оригинальных данных. Ссылки на поддержку БАДов кем бы то ни было (РАМН, Минздравсоцразвития или господом богом) доказательством их эффективности не являются, так же, как и утверждение, что многие чувствуют, как они помогают. Помогает и доброе слово, и святая вода. По своему опыту члена Комитета по этике при ММА видела проекты работ по БАДам (в том числе с участием упомянутых Вами великих ученых, чье участие, я боюсь, чаще всего, только формальное), они, мягко говоря, не блестящие.

Владимир, радуясь, что женщины обратили на него внимание: Большое спасибо за Ваш вопрос! Вот это уже настоящий подход к делу! Я поговорил с лидером компании S...а и мне сказали, что ... к сожалению, не все материалы еще выложены. Я постараюсь рассказать Вам, где Вы можете узнать о результатах клинических исследований и работы с препаратами компании S... Если мы говорим об оригинальных данных, то их можно найти в Санкт-Петербурге в офисе компании — полные отчеты обо всех исследованиях. На данный момент найти краткую презентацию результатов клинических исследований препаратов G... и L..., которые проводил лично Ваш коллега. Я узнал у академика МАИСУ Д.В. Новосельцева, что Ю.В. Тельных лично руководил исследованиями продуктов в ММА им. Сеченова. Чтобы не тратить много времени, Вы можете сами спросить у него, формальное было его участие, или нет, и какие результаты были получены. Думаю достаточно будет упомянуть лишь компанию S... и фамилию Новосельцев и Вы получите нужную информацию. Далее по ссылке <http://www.s...> Вы можете получить информацию об исследовании проведенном профессором А.Ю. Барановским в 31 больнице им. Свердлова на кафедре гастроэнтерологии МАПО (оригиналы лежат в офисе компании) все клинические исследования проводятся по правилам и протоколам клинических испытаний в сертифицированных центрах, однако, эти исследования можно назвать лишь клиническими апробациями, т. к. препараты нельзя зарегистрировать в фармакологическом, фармакопейном комитетах из-за того, что они не являются фармапрепаратами. Соответственно и согласований, необходимых для проведения именно клинических испытаний не проводится. Если у Вас будет возможность, то вы можете поговорить с руководителем ЛОР клиники в университете им. Павлова в Санкт-Петербурге — Плужниковым М.С. — они провели 5 клинических апробаций препаратов компании, и руководила ими профессор Лавренова Г.В. Вы также можете поговорить с ней, упомянув имя Новосельцева и компании E..., она Вам расскажет, насколько хорошие были результаты исследований. С институтом акушерства и гинекологии им. Отто компания работает уже около 11 лет. Профессор В.В. Абрамченко лично проводил клинические апробации продукции и написал книгу «Практическое руководство по применению препаратов S...а в акушерской и гинекологической практике» — вы можете ознакомиться с ней по ссылке <http://www.s...> В НИИ Нефрологии проводили апробации препаратов на основе клетчатки и получили прекрасные результаты. Медицин-

ская академия им. Мечникова, профессор, клинический фармаколог Бурбелло А.Т., получила феноменальные результаты при апробации целой серии продуктов по заметному увеличению стадии ремиссии у больных бронхиальной астмой. Институт им. Бехтерева — проводил клинические апробации формулы Р. в сочетании с основным курсом терапии для людей с наркологической зависимостью, ... — замечательные результаты, рекомендовали препарат, как снижающий тягу к табаку, алкоголю и наркотикам. Наконец ММА им. Симашко (честно, не знаю, про что тут) — Доктора медицины Маев, Петухов и академик РАМН Тутьяна написали медицинское пособие по применению продукции компании E...: «Биологически активные добавки к пище в профилактической и клинической медицине». Заведующий офтальмологической клиники Университета им. Павлова (Санкт-Петербург) — проф. Ю.С. Астахов и

врач онколог-маммолог к.м.н. Соболев А.А. — также прекрасно знакомы с продукцией компании S... и активно используют ее в своей практике. Ну, и, наконец, проф., академик двух международных академий А.А. Новицкий — его, помимо, знают многие в мире медицины. Для Вас я мог бы устроить прямой телефонный разговор с ним по поводу БАД.

Опять Артем: Уважаемый Владимир, из Ваших слов трудно догадаться, что Вы имеете прямое (или косвенное) отношение к компании S... . В России и в странах СНГ БАДы в основном распространяются методами сетевого маркетинга, так распространялись продукции H..., V... и т. д. А что такое сетевой маркетинг? Для того, чтобы войти в эту сеть, надо купить продукцию, а далее точно также продавать эту продукцию другим.



Я пытаюсь прервать речевой поток, но напрасно: Друзья, мне становится смешно — как человек лезет из кожи вон, чтобы пропихнуть свои препараты. Смотрите, сколько раз упомянута фирма — просто рекламный ролик. Ему про Фому — где доказательства, он — про Ерему, мол, звоните по телефону, там вас и обработают. Ну не понимает человек языка специалистов, не знает систему доказательств, что же с него спросу. Все кроется авторитетами, впрочем, авторитетами, в основном, не являющимися, какими-то мифическими исследованиями, которые лежат в сейфах по адресу чего-то там 13.

Кстати, тут одну даму, теннисную чемпионку, сняли с пробега за наркотики в крови. Тоже, небось, принимала БАДы, наивно не предполагая, что там психостимуляторы и наркотики. Божилась, как и наши на Олимпиаде — мол, не знаем, откуда допинг у нас. Не исключаю, что они и не знают, что им подсовывают врачи, думают — там минералы, а нет — стимуляторы. В этом и состоит жульничество: говорят одно (безопасные, природные), а суют — другое. И никакого контроля со стороны треклятых фармакологических и фармакопейных комитетов.

Наконец прорывается правда: Владимир не просто так выступает в защиту БАД, хотя раньше кривил душой и утверждал, что он бескорыстен. Уважаемые участники форума! Я имею прямое отношение к компании S... и этого не скрываю — я работаю с S... в Испании. Моя цель здесь не отстоять честь компании. Моя цель — помочь людям разобраться, снабдить информацией, потому, что то, что говорит о БАДах Павел Андреевич, не соответствует действитель-

Продолжение на стр. 9 ↗

Начало на стр. 7 ↗

сти. Я работаю с S... в первую очередь потому, что я вижу, как БАДы действуют — я испытываю огромное удовольствие от того, что помогаю людям (*читай — зарплаты не получаю*). К тому же БАДы изменили мою жизнь и самочувствие. Деньги имеют значение — не спорю. Однако для меня — это далеко не решающий фактор. Я не имею медицинского образования, но я постоянно учусь, и мой разум открыт для всего нового — я изучил много материалов перед тем, как передать информацию на форум. Если мы говорим о таких компаниях, как (*идет перечисление, пропустим*), то их препараты тоже достаточно качественные. Хотя не обошлось без некоторых проблем у V..., насколько мне известно, после применения их продукции и проверки на допинг у гимнасток А. Кабаевой и И. Чашинной были проблемы. Замечу, что это был единственный случай и относится он к компании V..., а не ко всем БАД. Компания H... массово производит неплохую продукцию, которая известна во всем мире (продажи в прошлом году на 3 млрд долларов), однако из-за того, что люди, которые начали заниматься этим бизнесом в России не уделяли достаточно внимания подготовке независимых дистрибуторов, возникли проблемы этического характера, которые очень плохо отразились на имидже не в чем не повинной компании H... и на имидже сетевого маркетинга в целом...

Какой может быть контроль со стороны уважаемых органов, если БАДы не являются фармпрепаратами?! Это в основном остается на совести производителя — другое дело, что те компании, которые думают о своем будущем, — они имеют совесть. Эти компании экономят деньги на дорогой рекламе по телевизору, радио, в газетах, полагаясь на те советы, которые дают знающие люди и профессионалы друг другу. А сэкономленные таким образом деньги они используют для усовершенствования процессов производства, введения новых технологий, обучения врачей. Все объективные доказательства были приведены.

А вот Александр, зашедший сюда по моей просьбе с диспута про медицину доказательств: С такими аргументами надо не с врачами, а с домохозяйками общаться, для них это убедительно. Заниматься ликбезом, почему персональные впечатления нельзя принимать как критерий эффективности, вряд ли кто-то полагает задачей этого или подобных форумов. Удивительно, что местные модераторы-координаторы пускают агрессивно-невежественных дилетантов с лоббированием чего-то в духе патентованных снадобий, которыми торговали еще персонажи О'Генри.

И снова Артем: Из достоверных источников я знаю, что в ФК «Спартак» используют БАДы именно Вашей компании. Стоит напомнить, почему Егор Титов получил годичную дисквалификацию. О каком имидже можно говорить в отношении сетевого маркетинга? Люди ошибаются, платят огромные деньги, потом вынуждены обмануть других, чтобы вернуть свои деньги. Сетевой маркетинг — это легализованная финансовая пирамида!

Владимир недоумевает: Уважаемый Александр! Ваша фраза не слишком мне понятна... Я, по-моему, предоставил более чем достаточно объективных аргументов, чтобы высказать свое личное субъективное мнение, причем представленное именно как мое личное мнение... Уважаемый Артем! Личная репутация, для хорошего сетевого — основной его актив. На западе это уже давно поняли, и потребители очень ценят товары, распространяемые данным способом. Однако в России действуют авантюристы, которые подрывают репутацию всей индустрии. Разница между сетевой пирамидой и сетевым маркетингом очень четко прописана в законе — эти два понятия не имеют между собой ничего общего, кроме того, что они объединяют людей в сеть (*честно, тут я не знаю законов, о каком говорит Владимир — не ведаю*). Я очень серьезно изучил данный вопрос и могу говорить об этом очень долго и уверенно (*видимо, это должно убедить*). Цель каждой модели маркетинга — снабдить людей информацией о товарах. О допинге — это уже очень серьезно! И очень даже стоит напоминать, почему он получил годичную дисквалификацию, и каким образом здесь замешана компания S... Я краем уха слышал что ФК «Спар-

так» работает с нашей компанией — только я слышал, что они до сих пор продолжают с нами работать... Прошу Вас предоставить серьезные аргументы в подтверждение Ваших обвинений или отредактировать свое сообщение.

Мне надеодают длительные и пустые дискуссии, которые ходят по кругу. Выполняю завет Александра: Владимир. Я думаю, надо ставить точку. Ваш голос уже всем приелся. Вы как уж на сковородке. На любое возражение вы находите десяток аргументов, которые вам кажутся убедительными, а других раздражают из-за вашего непрофессионализма и темноты. Вы не знаете, что такое клинические испытания. Вы не знаете, что такое система доказательств, вы понятия не имеете об этических принципах таких исследований. Походя вы замазываете этими незнаниями и многих врачей. К сожалению, большинство исследований в нашей стране выполняется с грубейшими нарушениями не только принципов клинических исследований, но и закона. Например, выставляемые вами на всеобщее обозрение специалисты не проводили свои работы через локальный этический комитет, да и через другие комитеты не проводили. По одной простой причине: БАДы лекарствами являться не могут, они не могут испытываться как средства, влияющие на болезнь (и как средства профилактики — аналогично). Поэтому этический комитет не может разрешить клинические исследования БАДов. В БАД не может находиться ни одно вещество, которое, согласно закону, является лекарственным средством (откройте определение в законе). Если таковое там находится, то БАД должен регистрироваться как лекарство. И никакие соображения про то, что это дорого, там, мол, коррупция — не приемлемы. Все это есть, но это обязательный этап. В противном случае больному человеку подсовывается вместо пищевой добавки не проверенное на токсичность, тератогенность и т. д. лекарство. От БАД умирают десятки людей, постоянные скандалы в отношении допинга у спортсменов, которые лекарства не принимали, а пили только БАД. Очевидно: БАДы опасны. И никакой защиты (не гарантии, а именно защиты) человека от возможности погибнуть при применении БАД или потерять здоровье — нет. Никакой системы сбора информации об осложнениях БАД не существует (про лекарства, хоть и плохо, но такие сведения собирает система фарманадзора).

Вы все время сознательно, будучи человеком, близким к фирме-производителю БАД (скорее всего — сотрудником) уводите разговор от простых вопросов: никто не знает, что находится в продающихся на рынке БАДах, так как никакой системы контроля нет, а большинство БАД не проходят никакой регистрации, надзор за их применением отсутствует. Условия производства не есть гарантия качества — для лекарств существует как минимум 3 барьера перед выходом на рынок (научные лабораторные исследования, испытания на животных на безопасность и испытания на людях на безопасность) и 2 барьера — после этого (оценка эффективности — клинические исследования, клинико-экономические и фармакоэпидемиологические оценки). Для БАД существует лишь регистрация без всяких барьеров: принес бумаги, описал, что туда входит, и — вперед. Система качественной производственной практики построена на доверии к производителю, он сам контролирует процессы, вместо внешнего контроля. Но доверия к производителям БАД нет исходно, поэтому ни о какой системе GMP говорить не приходится. Хотя Интернет и является средой демократической, но явно не монополией для одного человека. Реакция других посетителей сайта вы видите. Я вынужден буду, если вы продолжите писания, прибегнуть к административным мерам.

А вот и финальный аккорд: Павел Андреевич, СПАСИБО! Мне пытались втолковать БАДы буквально сегодня. Слава богу, я все спрашиваю у «Яндекса». Прочитал всю дискуссию. Спасибо Вам за полную информацию. Я всегда понимал, что зрить надо в корень. И одно то, что эти добавки не проходят никакого контроля, уже говорит обо всем. Люди всегда хотят денег. А тут смешал аскорбинку с еще чем-то копейным и продал в 50 раз дороже. Как же не искуститься. Да за такую прибыль можно на всех форумах доказывать до опупения... В общем БОЛЬШОЕ СПАСИБО, что сеете зерно разума. Сергей Викторович

ИнтерНьюс

Засни, деточка, с любимым микробчиком

К Рождеству в Америке выпустили плюшевых микробов, в том числе сальмонеллу, гонококк, вирус Эбола и гриппа. Игрушки высотой от 12 до 20 см были созданы как учебное пособие для детей, но выяснилось, что они пользуются популярностью у взрослых, ищущих забавные подарки для своих супругов и друзей. Цена игрушек составляет четыре доллара за штуку или 20 долларов за набор. Американская компания «Гигантский микроб» выпустила к Рождеству серию мягких игрушек в виде вирусов и микробов, включая гонорею и сифилис. К каждой игрушке прилагается изображение микроба и справочная информация о болезни, которую он вызывает. Вирус Эбола сопровождается рекламной надписью: «Начиная с ее открытия в 1976 году, Эбола стала королевой микробов. Разделите эту любовь». «Хотите порезвиться в воде? Эти ребята всегда рядом с вами. Узнайте, с кем вы плаваете, прежде чем нырять», — предупреждает покупателей реклама игрушечной морской водоросли.

Источник: Interfax

Борьба против БАД продолжается

На сайте www.rspor.ru активно ведется дискуссия против БАД. Вот, например, миссидж к Vladimir, Kaligula8 и Владимиру Михайловичу, БАДофилам: «Исследование по оценке чистоты продаваемых в Америке БАД, проведенное неправительственной организацией по проверке БАД «Информд-Чойс» (Informed-Choice) под руководством британской компании «ЭйчФЛ» (HFL), выявило, что четвертая часть купленных для проверки образцов БАД содержала следы стероидов и 11,5% содержали запрещенные стимуляторы. Из 52 добавок, которые были исследованы на наличие примесей, 13 оказались со следами стероидов. Комментарии нужны?» Alexander

Источник:

www.msnbc.msn.com/id/22120084

Болезни суставов по звуку

Барнаульские травматологи изобрели аппарат, позволяющий выявлять заболевания суставов по звуку. А. Чанцев и А. Рахмелевич назвали его артрофонографом, так как это устройство записывает «звучание» суставов. Врачам выдан патент на изобретение. Неточная, а тем более поздняя диагностика существенно снижает эффект лечения болезней суставов. Заболевание суставов развивается довольно быстро. Методики диагностики заболеваний суставов, конечно, существуют и широко применяются в медицине. Например, УЗИ, магнитно-резонансная томография, рентгенография. Но все они несовершенны уже потому, что показывают изменения лишь в анатомическом строении суставов. А вот о том, как эти изменения влияют на работу суставов, насколько сильно мешают движению, диагностика не сообщает. Это не означает, что травматологи не прислушиваются к тому, как «звучат» суставы пациента при движении — ко всем этим скрипам и хрустам в коленях и локтях. Но до сих пор звуковая диагностика суставов проводится даже не дедовским — прадедовским методом: врач прикладывает ладонь к суставу больного и «слушает». Это обычная практика, но подобная диагностика у разных врачей дает разные результаты. Одному кажется — скрипит, другой ничего не слышит. Один назначает лечение, другой не видит в этом необходимости. Но пациент — один и тот же. Идея записывать звуки суставов пришла в голову доктору Чанцева лет десять назад. Первый (простейший, конечно) прибор был сделан в лабораторных условиях. Данные обследований записывались на бумагу, что сильно затрудняло их прочтение. Когда додумались подсоединить прибор к компьютеру, дело заспорилось. Со временем была разработана компьютерная программа регистрации звуков в суставах. Это был прорыв, позволяющий отличать норму от патологии. Сегодня разработан алгоритм, который позволяет в массе обследованных выявлять группу риска по заболеваниям суставов. Если вовремя поставить точный диагноз, человек может избежать нетрудоспособности. В группу риска можно отнести спортсменов.

Источник: «Российская газета»



ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ: НЕОТЛОЖНАЯ ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА

Б.П. Богомолов

ИЗДАТЕЛЬСТВО НЬЮДИАМЕД

2007 г.



В отличие от предшествующих изданий по инфекционным болезням (ИБ) читателю предлагается книга с оригинальным построением. В общей части книги (первых двух главах) рассматриваются клинические проявления ИБ, отличающие их от других заболеваний, методология и методы диагностики. Во второй, специальной, части каждая группа ИБ (инфекции дыхательных путей, кишечные инфекции, кровяные инфекции, инфекции наружных покровов, антропозоозы) завершается главами, посвященными клинической дифференциальной диагностике, охватывающей широкий круг болезней, в том числе клинически сходных неинфекционных заболеваний.

В основу клинической диагностики ИБ положены ведущие симптомы и синдромы: лихорадка, сыпь, лимфаденопатия, бронхолегочные поражения, боль со стороны органов брюшной полости, диарея, геморрагические проявления, поражения печени, почек, опорно-двигательного аппарата и др. Проведен анализ результатов исследований гемограммы при различных ИБ, объединенных общим механизмом заражения, изложены основные методы лабораторной диагностики. В сжатом виде представлены неотложные первичные меры, ограничивающие распространение ИБ.

Книга завершается главой, посвященной принципам лечения инфекционных больных, уходу, питанию, реабилитации.

Рекомендуется семейным врачам, инфекционистам, терапевтам, врачам скорой помощи, профильным специалистам, клиническим ординаторам и аспирантам клинических кафедр.

Заявки на приобретение можно направлять по адресу:

115446, Москва, Коломенский пр., д. 4, ГКБ № 7, издательство НЬЮДИАМЕД

Тел/факс (499) 782-31-09

E-mail: mtpndm@dol.ru

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

ИнтерНьюс

Ученые выяснили, что запланированное кесарево сечение вредит ребенку

У детей, рожденных с помощью запланированного кесарева сечения, в 4 раза повышается риск возникновения заболеваний дыхательных путей. Датские медики изучили материалы о 34 тысячах родов, и отметили, что младенцы, рожденные естественным путем или же при помощи кесарева сечения, примененного в чрезвычайных обстоятельствах, имели гораздо меньше шансов на возникновение респираторных заболеваний. Если перенести запланированное кесарево сечение до 39-й недели беременности, риск осложнений можно существенно снизить. При этом операция, проведенная двумя неделями раньше (на 37-й неделе беременности), увеличивает риск примерно в четыре раза. В университетской клинике Орхуса до сих пор не нашли причину подобного феномена. Однако ученым известно, что усилия при родах и гормональные изменения, связанные с ними, необходимы для развития легких младенца. «Многие женщины абсолютно не знают о том, что запланированное кесарево сечение может негативно отразиться на их ребенке», — говорит врач лондонской клиники King's College Hospital Мэргит Блот. В последние годы все больше женщин делают выбор в пользу запланированного кесарева сечения, даже если медицинских показаний для этого нет. Между тем, исследование выявило, что сами матери, если им делают кесарево, умирают во время родов в 4 раза чаще, чем женщины, решившиеся на роды естественным путем.

Источник: РИА НОВОСТИ

Давно говорят, что толстому благо — худому смерть

Физически активные толстяки живут дольше худых лентяев. Уровень физической активности влияет на продолжительность жизни больше, чем масса тела. Специалисты из Университета Южной Каролины провели исследование с участием 2603 пожилых людей в возрасте 60 лет и старше. Физическая активность участников оценивалась по результатам тестирования на беговой дорожке (тредмиле) с увеличивающимся углом наклона. Ожирение и избыточная масса тела определялись по индексу массы тела (стандартный медицинский показатель, рассчитываемый по соотношению роста и веса) и окружности талии. Наблюдение за участниками велось в течение 12 лет. За этот период 450 человек скончались, сообщили ученые. Проанализировав полученные данные, они выяснили, что степень физической активности оказывала заметное влияние на продолжительность жизни. Показатели смертности в самой малоподвижной группе участников были в 4 раза выше, чем в группе наиболее физически активных пожилых людей. «Мы обнаружили, что физически активные люди, страдавшие ожирением... имели более низкий уровень смертности, чем неспортивные люди с нормальным весом или худые», — сообщил руководитель исследования С. Суй. Даже небольшие усилия по увеличению физической активности положительно сказываются на состоянии здоровья. «Если вы имеете избыточный вес или страдаете ожирением, а также ведете малоподвижный образ жизни — начните с 3-х 10-минутных прогулок 3 раза в день. Вы не сбросите много веса, но сможете значительно улучшить состояние здоровья», — сообщил соавтор исследования С. Блэр.

Источник: Medportal.ru

Мало денег — может умереть наука

Получение финансирования из различных фондов, направленных на конкретные исследования, — проблема всех биомедицинских исследований. Представители нескольких основных университетов, проведя тщательную проверку результатов исследований, проведенных в последние годы пришли к следующему заключению: бюджет Государственных Институтов Здравоохранения (National Institutes of Health) штата Миннеаполис недостаточен, чтобы обеспечить сильную и полную реальную жизнь программу основных биомедицинских исследований. К причинам недостаточной эффективности развития биомедицинской науки Комиссия отнесла, прежде всего, высокую степень конкуренции за получение грантов, высокий риск потери финансовых вложений в новые области исследований. Неуверенность молодежи в своей карьере, востребованности, перспективе развития той области интересов, которая для них привлекательна. Возможный выход из ситуации доктор Martinson видит в уменьшении количества студентов и выпускников, а значит, в последующем, специалистов-биологов, снижении соревновательности при получении грантов, предоставлении исследователям большей свободы, большего времени и больших возможностей для «задания вопросов новыми способами», имеющих риск получения ответа с неизвестными результатами, без гарантии немедленной экономической прибыли.

Источник: Nature, 2007, v.449, p.141—142

На протяжении тысячелетий стратегию врача при лечении ран определяют два постулата: 1-й, что воспаление раны — патология, и 2-й, что в этом виноваты (миазмы) (микробы). Поэтому со времен Гиппократова главной задачей при лечении ран является уничтожение микробов. Более 2 тысяч лет, причиняя больным ужасные страдания и смерть, врачи были уверены, что уничтожают микробы в ране. Лишь к началу XX века! они убедились, что никакими средствами это осуществить невозможно. В наше время количество гнойно-воспалительных осложнений у хирургических больных примерно такое же, как в начале прошлого века. Постоянство неудач свидетельствует, что идея, положенная в основу лечения ран, неверна!

Закон природы — он и в медицине закон

Открытое письмо министрам здравоохранения

С.С. Фейгельман

Совершенно неожиданно я оказался на переднем крае борьбы с воспалением в ране. В 1980 г. Ученый совет по проблемам военной медицины ЦИТО предложил мне разработать средство, задерживающее воспаление в ране. Идея заключалась в следующем: ввести в рану некий препарат, который должен «законсервировать» рану, и отправить раненого в тыловую госпиталь. Предложение было для меня необычным: я хирург, знания фармации у меня на уровне выписки рецепта, и один лаборант на двух научных сотрудников. Во всем мире фармацевтические институты безуспешно пытаются решить эту задачу. Я попросил некоторое время на то, чтобы уяснить, появится ли у меня идея, дающая какую-нибудь надежду.

Первое, что я заметил, это то, что хотя считается, что причина инфекционных заболеваний и гнойно-воспалительных осложнений одна, способы профилактики и лечения одинаковые, разница в результатах огромная. В то время, как инфекционисты уверенно контролируют практически любое инфекционное заболевание, гнойно-воспалительные осложнения остаются со времен Листера проблемой №1. Какого-либо разумного объяснения этому я не нашел:

- Почему-то не отмечают различий возбудителей инфекционных заболеваний и т. н. «гноеродных» бактерий: возбудители инфекционных заболеваний — паразиты, они живут только в живом организме, и питаются тканями и соками живого организма, для сапрофитов средой обитания являются мертвые ткани, и они питаются продуктами их ферментативного расщепления.
- Возбудители инфекционных заболеваний строго специфичны: определенный микроб вызывает конкретное заболевание, а в ране присутствуют различные микробы и их ассоциации.
- Клиника инфекционного заболевания зависит от вида возбудителя, в то время как в ране возникают стандартные биохимические и морфологические процессы, независимо от вида заселяющих ее микробов.
- Вакцинация является успешным методом профилактики инфекционных заболеваний, но она не эффективна против «гноеродных» микробов.
- В то время как выздоровление инфекционного больного происходит после уничтожения возбудителей, в ране микробы присутствуют всегда и не мешают ее заживлению.
- Если оградить человека от контакта с возбудителем, инфекционное заболевание не возникнет, однако воспаление возникает в каждой ране, в том числе и при плановых, «чистых» операциях.

И.В. Давыдовский убеждал врачей, что микробы в ране не «инфекты», что в ране они выполняют ту же работу, что в кишечнике — расщепляют своими ферментами мертвые ткани, и нагноение в ране служит этой же цели, но был подвергнут жестокой критике. Мол, одно дело — кишечник, совсем другое — рана, где почти открытые кровеносные сосуды! Это же грозит «заражением» крови! Идея И.В. Давыдовского была для меня зацепкой. Появились сомнения в непогрешимости основной идеи.

Причина неудач в борьбе с гнойно-воспалительными осложнениями стала мне ясней, когда я узнал, что после ранения в ране всегда возникают стандартные процессы. В ней всегда возникает воспаление, в стенках раны тромбируются кровеносные сосуды, повышается концентрация солей и возникает отек тканей, нарастает активность протеолитических ферментов, происходит резкое закисление раны. В ране всегда присутствуют микробы-сапрофиты. Здесь ключевое слово — **всегда**.

Если всегда, то это — биологические закономерности. Если после ранения в ране всегда возникают стандартные процессы, то это относится к категории постоянства причинно следственных отношений и определяется Законом природы! Если всегда, то они записаны в генетическом аппарате и необходимы для сохранения жизни!

Значит, эти изменения не патология, как принято считать, с которой врач обязан бороться, а физиология! Боль, неприятные выделения и даже смерть, которые иногда бывают при воспалении, не главные признаки патологии. Беременность и роды тоже не всем доставляют удовольствие, но патологией не считаются. Это принципиально. Если изменения в ране — осложнения, то с ними действительно

нужно бороться. Если же это биологические закономерности, то по понятным причинам их победить невозможно. Но в данном случае нет никакого «если»! Так как стандартные изменения происходят в каждой ране всегда, значит, изменение в ране, в том числе воспаление — физиология, а с ней хирурги ведут борьбу!

То, что раны заживают, не критерий правильного лечения. При многих заболеваниях больные выздоравливают, несмотря на лечение. Способность организма к самовосстановлению внушила врачам уверенность, что они лечат правильно. Рана, действительно, патология, но воспаление, которое всегда сопровождает рану — нет. Врачи смешали эти явления, и это может быть одной из причин неправильного подхода к лечению, подумал я. Задача становилась более конкретной. Нужно было найти Закон природы, который определяет стандартные закономерности в ране, и понять, почему они необходимы для жизни. И я нашел ответ.

Каждый хирург знает, что рана никогда не заживет, если в ней есть некротическая ткань. Но это воспринимается только как факт, с которым необходимо считаться. Поэтому либо иссекают некроз, либо пытаются удалить его с помощью протеолитических ферментов, либо ждут, пока его отторгнет организм. Вопрос: «Почему рана не заживает, если в ней мертвая ткань?» — не возникал. Но ведь «никогда» содержит смысл «всегда»! Чтобы рана зажила, необходимо, чтобы она была свободна от мертвых тканей! Вот он, Закон природы! Я назвал его: **Закон разделения биологических субстанций**: мертвые ткани не совместимы с организмом, и он удалит их. Значение его, как и любого Закона природы в том, что его нельзя преодолеть. Управлять природой можно только, подчиняясь ей, как написал более 500 лет назад Френсис Бекон.

С «точка зрения природы» наиболее опасными последствиями ранения являются кровотечение и возможность проникновения через рану патогенных микробов. Так как ни одно существо на Земле не может избежать ранения, в организме должны были возникнуть механизмы, противостоящие этим явлениям. Оптимальным является быстрое закрытие раны, но так как в ране всегда есть мертвые ткани, немедленно, в соответствии со сформулированным выше Законом, включаются механизмы для их удаления. Это стандартные процессы в ране, которые проявляются в виде воспаления.

Тромбоз мелких сосудов ведет к затруднению кровотока и скоплению жидкости (отеку) тканей вокруг раны. Повышение концентрации солей в стенках раны вызывает усиленный приток отечной жидкости в рану, что способствует отделению некротической ткани и вымыванию их из глыбы раны. Благодаря протеолитической активности происходит ферментативное разложение тканей. Продукты расщепления тканей захватывают клетки-чистильщики. Так как единственным способом удаления мертвой ткани из раны без помощи хирурга является ее протеолитическое расщепление, в очищении раны от мертвых тканей в ходе эволюции стали принимать участие микробы-сапрофиты.

Заметим, что эти же микробы находятся в кишечнике, где выполняют подобную «работу»: их роль в пищеварении исключительно важна. В ране они своими протеолитическими системами расщепляют мертвые ткани и, питаясь продуктами протеолиза, способствуют очищению раны от некроза. Участие сапрофитов в удалении мертвой ткани — явление универсальное. Если некроз образуется в глубине организма, микробы путем транслокации из кишечника проникают в кровь и достигают мертвой ткани. Если ее немного, она вместе с микробами будет удалена «клетками — уборщиками». Если же ее больше — возникает нагноение, и протеолитические ферменты гноя прокладывают путь для выведения мертвой ткани.

Это болезненный, но единственный способ удаления мертвой ткани из организма без помощи хирурга. Так как мертвые ткани есть в каждой ране, воспаление, т. е. реакция для их удаления, возникает всегда. Предупредить воспаленные раны также невозможно, как невозможно построить вечный двигатель!

Наличие в самом организме постоянного источника микробов (кишечник) и механизма доставки этих микробов в поврежденные ткани (кровеное русло) объясняет, почему хирурги не могут добиться стерильности раны, несмотря на самые строгие меры защиты ее от проникновения микробов извне.

Установив, что воспаление возникает у всех теплокровных животных, И. Мечников решил, что воспаление — защитная реакция организма против патогенных микробов, которая проявляется в виде фагоцитоза. Более чем за 100 лет в это определение принципиальных изменений не внесено. Только микробов «заменяли» на «повреждающий фактор». Эта теория подтверждается только в отношении инфекционных болезней. Так как возбудители инфекционных заболеваний убивают клетки органа, которого они атакуют, в организме инфекционного больного возникают одновременно два вида реакций: одна — в виде реакции иммунитета для уничтожения возбудителей, и вторая — в виде реакций воспаления для удаления мертвых клеток и тканей. Мечников же эти две реакции принял за одну. У хирургических больных против повреждающих факторов (пуля, пламя и другие подобные) иммунологические реакции не возникают, и реакции воспаления проявляются как бы в «чистом виде» —

Продолжение на стр. 11



Начало на стр. 10

только для удаления мертвых тканей. Сапрофиты в ране играют совсем другую роль, чем возбудители инфекционных заболеваний. Ошибка теории Мечникова не влияет на лечение инфекционных больных: после уничтожения возбудителей воспаление прекращается, и больная выздоравливает. Однако в отношении хирургических больных она имеет трагические последствия. Следуя этой теории и пытаясь уничтожить сапрофиты в ране, которых назвали «раневогой инфекцией», хирурги не только не могут добиться цели, но причиняют больным дополнительные страдания и смерть.

Закисление раны имеет особое значение. Мгновенно после ранения pH раны понижается до 5,0 и ниже. Принято считать, что закисление раны — осложнение в результате нарушения обменных процессов, вызванное микробами и поступлением в рану кислых протеаз из распадающихся тканей. Но постоянство этого явления указывает, что оно генетически запрограммировано, т. е. это не патология, а физиология. Биологическая целесообразность закисления раны, вероятно, в следующем: так как в рану вместе с сапрофитами могут попасть опасные для жизни патогенные микробы, резкое закисление раны препятствует размножению патогенной флоры, поскольку средой ее обитания является нейтральная среда живого организма.

Все стало на свои места. В закономерностях, возникающих в ране, я увидел схему препарата. Он должен следовать сущности механизмов воспаления, стандартных закономерностей, возникающих в ране, а именно: создавать в ране высокое осмотическое давление, обладать высокой протеолитической активностью и создавать в ране кислую среду. При этом он не должен причинять вред организму. Соответственно этим требованиям, я составил смесь из пепсина, аскорбиновой кислоты и глюкозы, исходя из следующих соображений: пепсин — самый мощный протеолитический фермент животного происхождения, он расщепляет коллаген и не вызывает аллергических реакций. Пепсин активен в кислой среде при pH около 2,0 и 4,0. Ее создает аскорбиновая кислота. Она способствует синтезу коллагена, участвует в реакциях иммунитета, активность которых после оперативных вмешательств снижена. Являясь антиоксидантом, аскорбиновая кислота нейтрализует агрессивные свободные радикалы в очаге воспаления. Глюкоза позволяет создать в ране высокое осмотическое давление, не повреждая клетки, и улучшает обменные процессы в тканях, жизнеспособность которых при ранении может быть нарушена.

С точки зрения бытующих представлений применение этих ингредиентов для лечения раны недопустимо. Считается, что кислые гидролазы являются медиаторами провоспалительных цитокинов, глюкоза — питательная среда для микробов, а кислая среда губительна для клеток. Но лечение ран, которое считается правильным, противоречиво и не эффективно. Трипсин и химотрипсин, которые применяют в гнойной хирургии, активны в нейтральной или слабощелочной среде, в то время, как в ране кислая среда, кроме того, они неспособны расщеплять коллаген и активные аллергены. С целью осмотического отсоса гнойного содержимого раны более 100 лет применяли марлевые тампоны, смоченные гипертоническим раствором хлорида натрия, но через 2—3 часа они обволакивались слизью и превращались в затычку, препятствующую оттоку раневого содержимого, а удаление их очень болезненно. Антибиотики не только не решили проблемы, но сами становятся причиной осложнений, и теперь для лечения ран предлагают применять марганцовку, перекись водорода, фурацилин, мало эффективные, но менее вредные. Когда-то для лечения ран применяли слабые растворы соляной кислоты. Она действительно повреждала здоровые клетки, но между соляной и аскорбиновой кислотой такая же разница, как между наждачной и туалетной бумагой.

Условное название препарата, который я предполагал испытывать — комплексно-ферментный препарат (КФ). Уже первые эксперименты показали: препарат расщепляет мертвую ткань и, несмотря на то, что он не содержит ни антисептиков, ни антибиотиков, предупреждает нагноение, даже если в рану вводили «гноеродные» микробы и зашивали наглухо.

Я согласился на предложение Ученого совета. Срок исполнения темы был определен с 1980 по 1985 г. Начался долгий путь по изучению препарата в экспериментах, получение разрешения в Фармкомитете на применение его для лечения хирургических больных, предварительные испытания в хирургических клиниках. Установлено, что он оказывает бактерицидное действие в отношении широкого спектра микробов. Для исследования были взяты грамположительные и грамотрицательные микроорганизмы, а также спорообразующие и неспорообразующие анаэробы: *Ps. Aeruginosa*, *E.coli*, *St.aureus*, *Cl. Perfringens*, *Bac. Tetanus*, *Bac. Cereus* *Bac. Pyocionuse*, и *St. Epidermidis*. В зависимости от микробной нагрузки 3%—6% раствор препарата подавляет рост всех исследованных микробов, в том числе устойчивых к антибиотикам. При введении кроликам в рану, зараженную смертельной дозой *Cl. Perfringens*, препарат в большом количестве случаев (9 из 11 животных) предупредил гибель животных.

Клинические исследования проводились в 23 хирургических отделениях, НИИ травматологии и ортопедии, кафедрах НИИ травматологии и ВПХ медицинских институтов с географией от Архангельска до Еревана и от Пензы до Кемерово. Во всех заключениях (сообщалось о применении препарата у 1686 больных с открытыми травмами мягких тканей, костей и суставов, при лече-

нии острых и хронических гнойных заболеваний, а также с целью профилактики послеоперационных септико-воспалительных осложнений) отмечалось, что препарат быстро очищает рану от некротических тканей, прекращаются гнойные выделения, количество микробов в ране сокращается на несколько порядков или они становятся стерильными. Улучшается состояние грануляций и сокращается период подготовки раны для наложения вторичных швов или кожной пластики. Сроки лечения ран сокращаются в 2—3 раза. После введения его в полость сустава при гнойных артритах пунктат становился стерильным и воспаление быстро прекращалось. В ряде случаев оказалось возможным сохранить эндопротез сустава в случае, когда вокруг него возникло нагноение. Препарат не вызывает каких-либо отрицательных побочных действий. Ни у одного больного, которого лечили препаратом, не возник сепсис. Препарат предупреждает нагноение при длительных хирургических операциях. Препарата с подобными свойствами не было ни у нас, ни за рубежом.

Мой отчет должен был состояться на торжественном собрании, посвященном Дню медицинского работника. Я пригласил друзей из других институтов. Директор объявляет повестку дня... Дальше события развились в стиле детективного жанра. Перед моим выступлением попросила слово врач лаборатории микробиологии ЦИТО Юлия Шакина. Держа в высоко поднятой руке пачку историй болезней, она сказала: «Здесь истории болезни тех, кто погиб из-за того, что их лечили препаратом КФ. Врачи скрыли это, написав другую причину смерти». Директор поблагодарил Шакину. Немедленно был издан приказ, запрещающий применение КФ. Дело было взято под контроль Генеральной прокуратуры СССР. Через несколько дней, глубокой ночью, мне позвонили из Минздрава СССР. Спросили: передавал ли я препарат КФ директорам институтов? — Перечислили их. Я подтвердил. Был издан приказ Минздрава СССР № 1379 от 25 октября 1985 г. запрещающий применение препарата, мне был объявлен строгий выговор за «грубое нарушение порядка клинического испытания и применения новых лекарственных средств», 15 руководителей учреждений участвовавших в клинических испытаниях КФ получили административные взыскания. Авторское свидетельство на препарат аннулировали.

Препарат изъяли у всех врачей, ссыпали в нестерильную банку и отправили на исследование в НИИ стандартизации и контроля лекарственных средств им. Тарасевича. Когда я спросил у руководителя комиссии, отчего они так поступили, он ответил мне: «Вы утверждаете, что он подавляет все микробы, вот и посмотрим». Пытались снять с продажи монографию «Гнойная хирургия костей и суставов», в которой обобщен опыт применения КФ, но не успели. Ее раскупили. Через месяц пришел ответ из НИИ стандартизации препаратов: что «в образцах препарата КФ (водные растворы и порошок) роста микроорганизмов не обнаружено».

Я был связан еще тем, что считал себя обязанным хранить тайну состава препарата, ведь он предназначался для Советской армии! Когда в НИИ медико-биологических проблем готовили обезьян для отправки в космос, проводки от датчиков протаскивали под кожей, и возникало нагноение. Директор института академик О. Газенко слышал о КФ и попросил ЦИТО помочь предупредить нагноение. Действительно, когда датчики предварительно смачивали в растворе КФ, нагноения не возникало. Благодаря этому удалось запустить в космос группу обезьян, и они благополучно вернулись на землю. Однажды я встретил там сотрудника NASA, которые тоже занимались этой проблемой, но из-за нагноения у них опыты срывались. Он расспрашивал меня, что это за препарат, которым обрабатывали датчики, но я, как партизан, молчал.

Несмотря на то, что я никаких действий не предпринимал, все таинственным образом вернулось на свои места. Последовал приказ Министра здравоохранения СССР от 17.12.86 за № 1625, «в соответствии с основами законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении» препарат разрешается для применения в медицинской практике. Директору ЦИТО приказано разработать методические рекомендации по применению препарата. Методические рекомендации я написал. Минздрав СССР их утвердил. Восстановили авторское свидетельство. Препарат зарегистрирован в фармакопейном справочнике. Был получен Патент на изобретение: способ лечения перитонита препаратом бактерицидно-некротическим действием. Но, как говорится, поезд ушел. Если девушки ворота дегтем вымажут, кто ее замуж возьмет?

Хирурги не могут победить микробов в ране потому, что они являются частью закономерностей, выработанных природой, для удаления мертвых тканей из организма. Так как микробы-сапрофиты не идеальные партнеры, они в некоторых случаях могут стать причиной тяжелых осложнений. Поэтому удаление их из раны — благо для больного. Это возможно только, если заместить их биологическую роль в ране как донора протеолитических ферментов, и, таким образом, не вступать в конфликт с биологическими закономерностями заживления раны. Протеолитическая активность препарата КФ неизмеримо выше, чем у сапрофитов раны. Следуя сущности воспалительных процессов в ране, имитируя и

усиливая их, а не борясь с ними, оказалось возможным создать препарат, который без антисептиков и антибиотиков, надежно подавляет размножение микробов в ране, ускоряет очищение ее от некротических тканей, и сокращает сроки заживления.

КФ одновременно обладает некротическим, фибринолитическим и бактерицидным действиями, он безопасен и дешев. О подобном препарате мечтали И.В. Давыдовский, М.И. Кузин. Применение его предупредит для многих больных возникновение сепсиса. Я обращаюсь через Вашу газету «Московский доктор» к министру Здравоохранения России госпоже Татьяне

Голиковой и министру Здравоохранения г. Москвы господину Андрею Сельцовскому: во всем мире гнойно-воспалительные осложнения возникают в 7—10% от проведенных операций. Они являются главной причиной смерти в хирургических стационарах. На лечение этих больных затрачивается колоссальная сумма (в Англии около 3 миллиардов фунтов стерлингов, в США до 10 миллиардов долларов ежегодно). Проблема настолько остра, что ее обсуждали в этом году в парламенте Англии. Одной из особенностей отечественной хирургии в том, что у нас обманывают. На Международном конгрессе «Стратегия и тактика борьбы с внутрибольничными инфекциями на современном этапе развития медицины» (2006, Москва) сообщили: при проверке Роспотребнадзором московских больниц установлено, что в официальных отчетах количество послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений в Москве занизили в 100 (сто!) раз. В Москве их зарегистрировано 417, а в действительности — около 50 000! В России ежегодно регистрируют до 2 миллионов этих осложнений, причем эти цифры многократно занижены.

Уважаемые госпожа и господин министры здравоохранения! Примите готовый, разработанный в нашей стране, единственно эффективный (это подтверждает неудачные попытки уничтожить микробы в ране другими средствами) физиологический препарат для лечения ран, какого нет в мире. Проведите рандомизированные исследования и введите его в стандарт лечения ран! Этим вы спасете жизнь множества людей и сэкономите колоссальные деньги. Вы войдете в историю, не только как руководители, пекущиеся о здоровье людей, но высоко поднимете престиж России, так как эту проблему не могли решить на протяжении тысячелетий.



КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ

ВЫШЛА В СВЕТ НОВАЯ КНИГА!

КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ

3 издание

дополненное с приложениями

Под редакцией профессора П.А. Воробьева

Издательство НЬЮДИАМЕД

2008 г.

Как правильно считать деньги, всегда ли дешевле — дешево, а дорогое — дорого, что такое соотношение затраты/эффективность, как правильно составить формуляр больницы, как рационально подобрать лекарство больному, что такое фармакоэкономика и формулярная система — ответы на эти и другие вопросы Вы найдете в книге.

Монография — размышления о качестве медицинской помощи, современном состоянии здравоохранения, рациональных путях развития здравоохранения. Впервые представлен анализ систем лекарственного обеспечения в США, странах Западной и Восточной Европы. Подробно изложена методология фармакоэкономических (клинико-экономических) исследований, моделирования, методов принятия решений. На многочисленных примерах показаны достижения российских экспертов.

Книга адресована главным врачам, начмедам, клиническим фармакологам, членам формулярных комиссий.

ПРОГРАММА ЗАСЕДАНИЙ СЕКЦИЙ МГНОТ В 2008 ГОДУ
Совместные заседания Кардиологической и Ангиологической секций в 2008 году

Дата	Тема
28 февраля	Мешают ли стандарты нестандартному мышлению врача?
20 марта	ИБС: таблетки или «скальпель»?
24 апреля	Полинейропатия: многообразие причин
22 мая	Артериальная гипертония. Российские рекомендации. Что нового?
18 сентября	Как избежать инсульта
16 октября	Клинический разбор
6 ноября	Острый коронарный синдром. Не упустить время!
20 ноября	Аневризмы различных локализаций. Ранний скрининг или внезапная смерть?
18 декабря	Сахарный диабет — междисциплинарная проблема

Совместные заседания Пульмонологической секции и секции «Человек и инфекция» в 2008 году

Дата	Тема
19 февраля	Современные схемы антибактериальной терапии. Трудности и ошибки.
4 марта	«Желудочно-легочная болезнь»
8 апреля	Туберкулез
30 сентября	Герпетические инфекции
28 октября	Бронхиальная астма. Рано успокаиваться
2 декабря	Инфекции верхних и нижних отделов дыхательного тракта. Антибиотики: pro и contra

Заседания проводятся по адресу:

Москва, Ленинский проспект, дом 32-А, здание Президиума Российской академии наук, центральный вход, 3-й этаж, синий зал заседаний.

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

Начало заседаний в 17 часов.

Вход по приглашениям.

Приглашения публикуются в «Вестнике МГНОТ»

Сорбифер® Дурулес®

Оптимальный препарат железа

Для лечения и профилактики железодефицитной анемии

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

Введён Приказом Минздравсоцразвития от 2 декабря 2004 года № 296.



Регистрационное удостоверение П № 011414/01 - от 29.07.2005

Представительство АО "Фармацевтический завод ЭГИС" (Венгрия) г. Москва
123443 Москва, ул. Братская Промыш. 1-7, тел. (495) 363-3366,
факс (495) 956-2223, http://www.egis.ru, e-mail: msk@egis.ru
Региональные представительства:
Санкт-Петербург (812) 444-1191, Ростов-на-Дону (8632) 63-8867



ПРОГРАММА ЗАСЕДАНИЙ МГНОТ НА ЯНВАРЬ—ФЕВРАЛЬ 2008 Г.	
Пленарные заседания: Анатомический корпус ММА им. И.М. Сеченова, Моховая, 11	
Дата, автор	Тема, аннотация
23 января 2008 года, среда в 17.00 Проф. А.Т. АРУТЮНОВ, д.м.н. С.Г. БУРКОВ, проф. И.В. МАЕВ, проф. П.А. НИКИФОРОВ, д.м.н. Г.Л. ЮРЕНЕВ (УНМЦ УД Президента РФ, МГМСУ МЗ СР РФ)	Терапевтические маски гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. В докладе обсуждаются современные взгляды на патогенез развития внепищеводных проявлений гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) (бронхолегочных, кардиальных, ларингологических, стоматологических). Разбираются особенности клинико-инструментальной диагностики. Ведущее место в сообщении уделено вопросам медикаментозной терапии бронхиальной астмы и некоронарных болей в грудной клетке, как внепищеводных проявлений ГЭРБ
13 февраля 2008 года, среда в 16.30	Заседание Правления и Ревизионной комиссии
13 февраля 2008 года, среда в 17.00 1. Академик РАЕН, проф. В.А. ГАЛКИН (ММА им. И.М. Сеченова). 2. Проф. Н.П. КОРЖЕНКОВ (ММА им. И.М. Сеченова, департамент здравоохранения при Правительстве Москвы). 3. Проф. В.Н. АРДАШЕВ, проф. А.В. АРДАШЕВ (ГВКГ им. Н.Н. Бурденко)	Заседание общества, посвященное 80-летию со дня рождения Заслуженного деятеля науки РФ, доктора медицинских наук, профессора, академика РАЕН Всеволода Александровича Галкина. 1. 25 лет кафедры и курса поликлинической терапии ММА им. И.М. Сеченова и поликлинической терапии, как учебной дисциплины. 2. Своевременная диагностика и лечение ИБС в практике участкового терапевта. Выработаны рекомендации по оптимизации методов своевременной диагностики, лечения и профилактики ИБС на основании многолетнего опыта работы терапевтического отделения 31 поликлиники Северо-Восточного округа г. Москвы. 3. Роль амбулаторно-поликлинического этапа реабилитации больных, перенесших эндоваскулярные операции при нарушениях сердечного ритма. В докладе представлены результаты проспективного (3–5 лет) наблюдения за более чем 300-ми больными, перенесшими электрическую абляцию по поводу мерцательной аритмии и имплантации кардиосинхронизирующих устройств при недостаточности кровообращения, рефрактерной к современным методам консервативной терапии, и больных с имплантированными кардиовертерами-дефибрилляторами
27 февраля 2008 года, среда в 16.30	Заседание Правления и Ревизионной комиссии
27 февраля 2008 года, среда в 17.00 1. Член-корр. РАМН, проф. В.Б. СИМОНЕНКО, к.м.н. А.Н. ТЕСЛЯ, к.м.н. А.В. ДЕМЬЯНЕНКО (2-ой ЦВКГ им. П.В. Мандрыка, ГИУВ МО РФ). 2. К.м.н. С.В. ЗАХАРОВ (2-ой ЦВКГ им. П.А. Мандрыка МО РФ)	Заседание общества, посвященное Дню защитника Отечества. 1. Диагностика и лечение острого коронарного синдрома у лиц старших возрастных групп. В докладе представлены современные диагностические и лечебные алгоритмы ведения больных старших возрастных групп с острым коронарным синдромом на догоспитальном и госпитальном этапе на основании международных и национальных рекомендаций с учетом опыта ведения 2500 пациентов, находившихся на лечении в ФГУ «2-ой ЦВКГ им. П.А. Мандрыка МО РФ». 2. Демонстрация пациента пожилого возраста с острым коронарным синдромом после ангиопластики и стентирования венечных артерий
Секционные заседания	
Секция электрокардиографии и других инструментальных методов исследования сердечно-сосудистой системы. В аудитории 1 кафедры терапии РМАПО (больница им. С.П. Боткина, 20 корпус, 1 этаж, проезд до ст. метро «Динамо», «Беговая»)	
15 января 2008 года, вторник в 17.00 С.Н. ИВАНОВ, доцент М.Н. ПАЛКИН, А.М. САВЕНКОВА	Актуальные проблемы электрокардиографического холтеровского мониторинга
19 февраля 2008 года, вторник в 17.00 А.А. ПАВЛОВИЧ, М.С. ОЗЕРОВА, С.Н. КИСЛАЯ, М.А. ПАИНА, проф. Г.Г. ИВАНОВ.	Анализ нарушений баланса водных секторов организма у больных ИБС и АГ методом биоимпедансометрии
Секция клинической геронтологии и гериатрии. В конференц-зале МКБ № 60 (шоссе Энтузиастов, 84/1, корп. 1, 2 этаж)	
17 января 2008 года, четверг в 15.00 Проф. Р.М. ЗАСЛАВСКАЯ, проф. Е.У. ТУЛЕМИСОВ	Сравнительная оценка периферического кровотока в скелетных мышцах голени методом радиоактивного ксенона при традиционной и хронотерапии аспирином и тренталом у больных сахарным диабетом пожилого возраста
21 февраля 2008 года, четверг в 15.00 Н.В. СЕРЕГИН.	СПИД и лимфомы у пожилых
Секция профилактической медицины и профессиональных болезней. В конференц-зале клиники нефрологии, внутренних и профессиональных болезней им. Е.М. Тареева ММА им. И.М. Сеченова (ул. Россолимо, 11-а)	
31 января 2008 года, четверг в 16.00 М. ГАЛЛЯМОВ, к.м.н. Е. САГИНОВА	Новый метод определения клубочковой фильтрации по Кокрофту—Голту (без сбора мочи) — необходимый метод контроля здоровья пациентов
28 февраля 2008 года, четверг в 16.00 Е.А. АЛЕКСАНДРОВА, О.А. МАНДРИК	Модифицированная анкета оценки годовой физической активности (PUGTAU) как подход к разработке программы лечебной физкультуры при контроле ожирения
Секция ревматологии В помещении конференц-зала Института ревматологии РАМН (Каширское шоссе, 34)	
5 февраля 2008 года, вторник в 16.00 1. Д.м.н. Л.И. АЛЕКСЕЕВА. 2. К.м.н. А.О. АРСЕНЬЕВ	1. Современная терапия остеоартроза. Рекомендации ELUR. 2. Ортезирование при остеоартрозе
4 марта 2008 года, вторник в 16.00 1. Д.м.н. Т.К. ЛОГИНОВА. 2. К.м.н. Д.А. АНИЧКОВ, проф. Н.А. ШОСТАК, А.А. КОПЫТОВА	1. Дифференциальная диагностика раннего периода псориатического и ревматоидного артрита с использованием методов математического моделирования. 2. Артериальная гипертензия у больных ревматоидным артритом и остеоартрозом
Секция нефрологии и иммунопатологии В клинике нефрологии, внутренних и профессиональных болезней им. Е.М. Тареева ММА им. И.М. Сеченова (ул. Россолимо, 11-а)	
14 февраля 2008 года, в четверг в 16.30	«ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК ПРИ ЛИМФОМЕ» С докладами выступят: д.м.н. Е.И. ПРОКОПЕНКО (МОНИКИ), к.м.н. Е.В. ЗАХАРОВА (ГКБ им. С.П. Боткина). С комментариями выступят: проф. Л.В. КОЗЛОВСКАЯ (ММА им. И.М. Сеченова) и ведущие специалисты гематологи ГНЦ РАМН
Секция неотложной терапии В конференц-зале клинико-хирургического корпуса НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского (Сухаревская пл., 3, вход с Гроховского пер.)	
26 февраля 2008 года, вторник в 16.00 1. К.м.н. С.В. ЗАХАРОВ. 2. К.м.н. С.В. ЗАХАРОВ, проф. Г.А. ГАЗАРЯН, Л.А. БАБАЯН	1. Стентирование и АКШ при многососудистых поражениях коронарных артерий. 2. Преимущество ранней инвазивной стратегии при лечении больных острым коронарным синдромом без элевации сегмента S-T

В дни секционных заседаний председатели секций и другие ведущие специалисты проводят консультации для врачей по интересующим их вопросам.

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

Редакционный совет: Воробьев А.И. (председатель редакционного совета), Ардашев В.Н., Беленков Ю.Н., Белоусов Ю.Б., Богомолов Б.П., Божарев И.Н., Бурцев В.И., Васильева Е.Ю., Галкин В.А., Глезер М.Г., Годин Е.Е., Голиков А.П., Губкина Д.И., Гусева Н.Г., Дворецкий Л.И., Емельяненко В.М., Зайратьянц О.В., Заславская Р.М., Иванов Г.Г., Ивашкин В.Т., Кактурский Л.В., Калинин А.В., Калыев А.В., Ключев В.М., Комаров Ф.И., Лазебник Л.Б., Лысенко Л.В., Маколкин В.И., Мартьянов И.В., Михайлов А.А., Моисеев В.С., Мухин Н.А., Насонов Е.Л., Насонова В.А., Нонинов В.Е., Палеев Н.Р., Пальцев М.А., Парфенов В.А., Погожева А.В., Покровский А.В., Покровский В.И., Потехин Н.П., Раков А.Л., Савенков М.П., Савченко В.Г., Сандриков В.А., Симоненко В.Б., Синопальников А.И., Смоленский В.С., Сыркин А.Л., Тюрин В.П., Хазанов А.И., Цурко В.В., Чазов Е.И., Чучалин А.Г., Шлектор А.В., Юцук Н.Д., Яковлев В.Б.

Газета распространяется среди членов Московского городского научного общества терапевтов бесплатно

Адрес: Москва, 115446, Коломенский пр., 4, ГКБ № 7, Кафедра гематологии и гериатрии

Телефон 8-499-782-31-09, e-mail: mtpndm@doi.ru www.zdrav.net

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

При перепечатке материала ссылка на Вестник МГНОТ обязательна.

За рекламную информацию редакция ответственности не несет. Рекламная информация обозначена