



От редакции:

Сегодня мы публикуем выдержки из дневника мамы семилетнего Павлика, больного мукополисахаридозом II типа (синдром Хантера, МПС). Мы косвенно участвовали в судьбе этого малыша. При синдроме Хантера организм не способен выводить токсины. До 2-х лет дети с таким диагнозом развиваются нормально, но затем наступает регресс: кости деформируются, начинаются изменения внутренних органов, ребенок теряет способность говорить, ходить, и к 8 годам он умирает. В США 2 года назад был создан препарат Elaprased, 42 страны начали спасать своих больных детей. Уже через полгода приема препарата дети начинают догонять сверстников в развитии, снова начинают бегать, говорить, смеяться. Мама Павлика, Снежана Митина, разыскала в России 39 больных мальчиков и создала общественную организацию пациентов.

Профессор Петр Новиков подтвердил маме Павлика, что при наличии Elaprased НИИ педиатрии примет мальчика на лечение. Лекарство, которое может спасти Павлика, не зарегистрировано в нашей стране. Применение этого лекарства происходит как клиническое испытание, так как оно отнесено к орфанным — редконазначаемым. Одна ампула стоит около 3 тысяч евро. Их нужно две в неделю, то есть цена здоровья одного пациента — 250 тысяч евро в год. Лечение это пожизненное. Обеспечивать им больного ребенка всю жизнь может только государство. Однако фирма-производитель отказалась давать препарат в Россию, так как не уверена в качестве контроля за его применением в России.

Маме оставалось только просить, чтобы мальчика приняли на лечение в западную клинику. Оплата 10-недельного лечения мальчика в Германии была обещана Федеральным агентством по высокотехнологичной медицинской помощи (Росмедтехнологии). Переписка и подготовка договора с клиникой велись с октября 2007 г. Сегодня, чтобы вывезти ребенка на лечение за границу, нужно пробить настоящую стену. Как показала история Павлика, это требует такого количества согласований и разрешений от федеральных министерств и ведомств, что больной ребенок может буквально не дожить до конца этой волокиты.

После серии публикаций о Павлике и проблеме редких болезней в целом в газете «Газета» Минздравсоцразвития начал шевелиться, в редакцию звонили из ведомства с обещаниями сделать все возможное и уверениями, что глава Минздравсоцразвития Татьяна Голикова сумеет

разрешить ситуацию в более короткие сроки и берет дело Павлика под личный контроль. Зато чего только не наслушались родители: «...вы мешаете работать», «вы заплатили журналистам», «все равно из дауна нормального ребенка не сделаете», «чем писать Голиковой отписки, лучше бы мы спасали детей». С 11 марта 2008 г. Павлик с мамой находятся на лечении в университетской клинике

О Хантере с любовью



города Майнца. А 14 марта препарат Elaprased зарегистрировали в России, а это значит, что по возвращении домой Павлик сможет (если конечно Минздравсоцразвития оплатит) получить жизненно необходимое лечение.

11 марта 2008 года

Летели во Франкфурт мы большой компанией. Помимо меня летел и лечащий доктор из научного центра здоровья детей РАМН: состояние к марту ухудшилось, и лететь без доктора было опасно. Посадка в самолет получилась несуетной и достаточно комфортной. Стюардессы внимательны и предупредительны. Во время обеда мальчик очень оживился. Доктор не планировал разрешать трапезу, но мальчик очень жалостливо смот-

рел в глаза, и разрешение на прием пищи было получено. С удовольствием покушав, Павлик решил порезвиться — постучать ножками по впереди стоящему креслу, затем возымел желание прогуляться. Доктор позволил провести досмотр пассажиров, и Павлик добросовестно заглянул в глаза каждому попутчику.

По окончании полета мы задержали весь самолет — пассажиры томились в ожидании в автобусе, а мы пытались надеть курточку. Правая ручка Павлуши была с катетером — мало ли как мы бы чувствовали себя в полете, а с катетером легко, быстро и просто поставить капельницу.

В аэропорту Франкфурта-на-Майне все таблички оказались на немецком языке, но с картинками. Потом нас встретили с табличкой «Павел М.» Было приятно. Мы загрузились в микроавтобус и поехали в Майнц. Дорога заняла 30–40 минут.

Переводчики нам задержали весь самолет — переводчика два — Павел, острослов и самовлюбленный красавец, выросший в Средней Азии, и Омар, гражданин Ирака по рождению, наполовину индус, учился в Украине, считает себя немцем, в нашей ситуации он еще позиционировался и переводчиком с русского и на русский. Павла все в нас несколько раздражает. Он полагает, что мы должны благодарить небо за то, что его, голубчика, нам нашла Росмедтехнология. Правда, оплачивать услуги переводчика Росмедтехнология не планировала, но это его тоже раздражает. Надо бы спросить по возвращении, как бы они сами (неуспешные труженики Агентства по высокотехнологичной медицинской помощи) в чужой стране рассказывали историю развития ребенка на неизвестном языке. Мы узнали много нового, например, что переводчик не обязан носить сумки, поднимать ребенка, подключать телефон и Интернет...

Кто бы мог подумать, что за 500 евро в день переводчик должен 4 часа работать. Иными словами, находиться при нас во время следования от вокзала до гостиницы, размещения в гостинице с русскоговорящим персоналом и быть докладчиком в часовом диспуте, где одна сторона категорически требовала указания места обитания симок местного значения и гнезда Интернета, а другая увещевала о том, что приличные жители страны на улице после 7 вечера просто не выходят! Выходят-выходят! Героическими усилиями симки были

Продолжение на стр. 4

ПРЯМАЯ РЕЧЬ

Закон о медицинском страховании, принятый Верховным Советом РФ в 1991 году, реально начал действовать после внесения в него поправок 02.04.93. В этом же году вышел Указ Президента РФ № 2288 от 24.12.93. Поэтому сегодня можно говорить о своеобразном «юбилее» обязательного медицинского страхования (ОМС).

15 лет обязательному медицинскому страхованию — или «путешествие дилетантов»

Одним из первых регионов, активно включившимся в создание системы ОМС, был Ставропольский край. Мне довелось в эти годы участвовать в этой работе в качестве заместителя гендиректора одной из страховых компаний. Вспоминая этот период, хочу отметить романтический настрой участников процесса создания системы ОМС. Тем более, что подавляющее большинство из них были медики. Казалось, что внедрение ОМС повысит эффективность работы врачей и медсестер, улучшит техническое оснащение больниц и поликлиник, что, наконец, медики получат достойную заработную плату. В это время в крае была разработана оригинальная методика проведения экспертизы качества, которая предполагала и штрафные санкции при выявлении дефектов в лечении больного, и формирование в медицинской страховой компании (МСК) ре-

зерва предупредительных мероприятий, который использовался для улучшения технического оснащения лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) и для повышения квалификации медицинских работников. В середине 90-х годов был накоплен уникальный опыт работы в рыночных условиях, когда за больным сле-

дующим следовало не только следить, но и предупреждать возможные осложнения. В это время в стране проводились различные мероприятия, которые были направлены на улучшение качества медицинской помощи. Однако, к сожалению, эти мероприятия не всегда были эффективными. В результате, к началу 2000-х годов, ситуация в системе ОМС стала ухудшаться. Многие медицинские организации начали испытывать трудности с оплатой услуг. Это привело к тому, что качество медицинской помощи стало снижаться. В результате, к началу 2000-х годов, ситуация в системе ОМС стала ухудшаться. Многие медицинские организации начали испытывать трудности с оплатой услуг. Это привело к тому, что качество медицинской помощи стало снижаться.

вали деньги, и эффективно работающее медицинское учреждение, соответственно, зарабатывало больше.

В медицинском сообществе активно обсуждался вопрос перехода к процедуре свободного выбора больным врача и страховой компании. Тогда же стало очевидным, что отчисление 3,6% от фонда заработной платы в систему ОМС явно мало. Предполагалось, что через год-два эта сумма увеличится до 7,2%. Однако этого не произошло, а отчисления на медицинское страхование недав-

но даже уменьшились. Правда, в то время было очень сложно с деньгами, многие предприятия остановились, сборы системы ОМС существенно снизились. Начались задержки заработной платы. Однако должен уверенно сказать, что система ОМС позволила ВЫЖИТЬ здравоохранению в этот период.

Важно подчеркнуть, что в начале развития ОМС тарифы предполагали полную оплату затрат медицинской организации и даже оплату некоторой прибыли (10–20%) для развития учреждения. Кстати, к концу 90-х я возглавил небольшое лечебное учреждение, работающее в системе ОМС. Должен сказать, что при эффективной и качественной работе коллектива можно было обходиться без платных услуг и даже иметь достойную заработную плату.

К сожалению, все скоро изменилось в худшую сторону. Система ОМС стала оплачивать только несколько статей расходов, да и то в сильно урезанном размере. Появилось понятие «понижающий коэффициент». Это когда медицинская организация деньги зарабатывала, но ей их не оплачивают, проводя коррекцию тарифов в сторону понижения. Естественно, долг перед медицинской организацией сразу же исчезает. Стал применяться госзаказ. Это когда нуждаются в обследовании и лечении 100 больных, а деньги выделяются на 20. Остальные должны лечиться за свой счет.

Продолжение на стр. 2



ИнтерНьюс

58 наименований фальсифицированных лекарств выявили и изъяли из обращения в прошлом году специалисты Росздравнадзора.

Росздравнадзор подвел итоги деятельности по контролю качества лекарственных средств за 2007 г. Как сообщили в ведомстве, количество выявленных и изъятых из обращения фальсифицированных лекарственных средств в 2007 г. составило 58 наименований 146 серий. Анализ фактов выявления фальсифицированных препаратов свидетельствует о том, что доля подделок зарубежных лекарственных средств по сравнению с 2006 г. увеличилась на 7% и составила 94% от общего числа серий признанных фальсифицированными, 6% случаев составили подделки российских препаратов (в 2006 г. — 1%). Доля серий фальсифицированных лекарственных средств от общего количества серий, находящихся в обращении, составляет около 0,07 процента. В Росздравнадзоре пояснили, что система государственного контроля в сфере обращения лекарственных средств направлена на обеспечение населения и лечебных учреждений качественными, эффективными и безопасными медикаментами. Контроль качества лекарственных средств осуществляется в виде предварительного государственного контроля впервые производимых и впервые ввозимых лекарств, выпускаемых по измененной технологии или после перерыва в производстве от трех лет и более, а также в связи с ухудшением качества. Помимо этого, проводится выборочный государственный контроль находящихся в обращении лекарств, а также повторный выборочный контроль, осуществляемый в случае возникновения споров о качестве лекарственных средств между субъектами обращения медикаментов. Кроме того, госконтроль существует в виде инспекционного контроля организаций-производителей, предприятий оптовой торговли лекарствами, медицинских и аптечных учреждений. В рамках предварительного государственного контроля в 2007 году проведена экспертиза качества 2 тыс. 567 серий лекарственных средств, сообщили в Росздравнадзоре. По ее результатам забраковано 92 серии 42 наименований лекарственных средств, в том числе 60 серий 19 наименований отечественного производства, 32 серии 23 наименований зарубежного. Таким образом, удалось предотвратить поступление в обращение недоброкачественных лекарственных средств в объеме, составляющем 3,5% от общего числа серий, представленных на предварительный контроль, отметили в Росздравнадзоре. По результатам экспертизы качества 2 тыс. 653 серий, 1 тыс. 90 наименований лекарственных средств в рамках выборочного контроля в 2007 году выявлено и изъято из обращения 18 торговых наименований 31 серий недоброкачественных лекарственных средств. Внедрение в практику работы Росздравнадзора Административного регламента по организации проведения экспертизы качества, эффективности и безопасности лекарственных средств позволило осуществлять планирование контрольных мероприятий на основе объективной информации о фактически поступивших в обращение лекарственных средствах, что обеспечило повышение результативности мониторинга качества лекарственных средств. В 2007 г. на повторный выборочный государственный контроль качества было направлено 403 серии лекарственных средств. Анализ структуры брака позволил определить, что организации-производители ответственны за 15,8% от общего количества брака, выявляемого в обращении, что значительно отличается от аналогичного показателя в 2006 году (13%). В то же время, отметили в Росздравнадзоре, в 70,8% случаев снижение качества происходит в процессе транспортировки и хранения («брак поставщика»). По сравнению с 2006 г. этот показатель увеличился на 16,8%, что свидетельствует о том, что на предприятиях оптовой торговли вопросам обеспечения качества лекарственных средств уделяется недостаточно внимания. В качестве положительного момента в Росздравнадзоре отметили снижение количества ошибок экспертных организаций при проведении оценки качества лекарственных средств — с 13% в 2006 году до 9,3% в 2007 г.

Источник: АМИ-ТАСС

СВЕТСКАЯ ХРОНИКА

С этого года Европа начала отмечать День редких болезней. День для этого события был выбран как нельзя лучше: 29 февраля — самый редкий день в череде годов. В разных странах критерии «редкости» болезни различаются, однако в России заболевание считается редким (по решению Форумного комитета РАМН), если поражает менее 10 тыс. человек. Таким образом, под эти формальные критерии попадают не такие уж и редкие гемофилия (известно 7 тысяч пациентов с наследственными дефицитами VIII и IX фактора, однако по статистике их должно быть не менее 14 тысяч), болезнь Виллебранда, состояние после трансплантации органов и тканей, рассеянный склероз... У больных редкими заболеваниями общие проблемы: отсутствие (разработанных или доступных по причине дороговизны) диагностики, лечения, психологической и социальной поддержки и реабилитации.

Россия отметила Европейский День редких болезней несколькими мероприятиями. Сначала, 26 февраля, в Санкт-Петербурге несколько обществ пациентов организовали брифинг с журналистами на тему: «Очень редкий день для особенных людей». На встрече выступили А.А. Соколов — директор «Северо-Западного общества больных редкими заболеваниями», а также региональный представитель Форумного комитета РАМН, главный клинический фармаколог Санкт-Петербурга А.К. Хаджидис. На следующий день, 27 февраля, на Президиуме РАМН председатель Форумного комитета РАМН акад. РАН и РАМН А.И. Воробьев сделал краткое сообщение о проблеме лекарственного обеспечения пациентов с редкими болезнями. Было принято решение заслушать подробный доклад об этой проблеме на Президиуме РАМН.

А 28 февраля под эгидой Профессиональной Службы по редким нозологиям Форумного комитета РАМН была проведена пресс-конференция в информационном агентстве РИА НОВОСТИ. На пресс-конференции выступил П.А. Воробьев — д. м. н., профессор, зав. кафедрой гематологии и гериатрии ФППОв ММА им. И.М. Сеченова, Координатор Профессиональной Службы по редким болезням Форумного комитета РАМН; Ю.А. Жулев — Президент Всероссийского общества гемофилии; А.В. Саверский — Президент общероссийской общественной организации «Лига защитников пациентов»; О.И. Симонова — д. м. н., профессор, руководитель отделения наследственных и врожденных болезней органов дыхания Научного центра здоровья детей РАМН. Участие в пресс-конференции приняли около 20 корреспондентов и примерно такое же число представителей обществ пациентов и специалистов. П.А. Воробьев сообщил участникам о том, что впервые государство уделило внимание проблеме редких болезней, а пациенты получили реальную помощь. Однако существует множество проблем с реализацией данной программы. Ситуация была подробно изложена в Справке «Положение с лекарственным обеспечением больных с 7 редкими дорогостоящими заболеваниями на конец февраля месяца 2008 г.», которая была составлена при участии специалистов Профессиональной Службы, организаций пациентов (доступна на сайте МОООФИ www.rsrog.ru).

Президент общества гемофилии Ю.А. Жулев был более категоричен. Он заявил, что в отношении пациентов с коагулопатиями ситуацию иначе, как критической, назвать нельзя, и показал письма из регионов с описанием проблем с поставками и получением лекарств. Проф. О.И. Симонова рассказала о сложностях и административных проблемах в лекарственном обеспечении пациентов с муковисцидозом.

Начало на стр. 1

Вот теперь радужные надежды исчезли. ВЫЖИВАТЬ начали не только врачи и медицинские сестры, но и БОЛЬНЫЕ. Зарплата медперсонала стала отставать от роста стоимости жизни. Сравнительно быстро она стала аморально низкой. Аморально — для государства и для общества России. Именно тогда медики стали «брать». Забвение интересов здравоохранения привело к «выгоранию» самой нравственно чистой части общества. Боюсь, что до сих пор никто не оценил катастрофичность произошедшего для России. Наша страна всегда отличалась альтруизмом врачей и медицинских сестер, их особенной душевностью и высоким чувством долга перед больным и Родиной.

Сегодня больно смотреть по телевизору, читать в газетах, как журналисты совершают непрерывное надругательство над медиками. «Врач-убийца» — так часто стали говорить. А кто виноват в этом, господа?.. Вместо «белого лебедя» получили «гадкого утенка». Очевидно, что сегодняшнее ОМС — это не медицинское страхование. Беда нашей системы ОМС, как, впрочем, и всего здравоохранения — дилетантство. Медики слабы в экономике, а экономисты не понимают проблем медицины. 15 лет «путешествия дилетантов» не привели к созданию современной системы здравоохранения, способной работать в рыночных условиях и обеспечивающей конституционные права граждан России на качественную и бесплатную (для больного) медицинскую помощь.

Уверен, что платных услуг в лечебно-профилактическом учреждении быть не должно. Больной человек теряет способность зарабатывать деньги. Накопление средств для оплаты

Необходимые лекарства (муколитик, антибиотики, ферменты) больные получают различными способами: по программе ДЛО, в стационаре, неоДЛО («программа 7 нозологий»). Обеспечение происходит не в полном объеме. Так как стандарт медицинской помощи оказался ограничен детьми, то взрослые не могут вообще получить адекватное лечение. Президент «Лиги защитников пациентов» А.В. Саверский заявил, что отказ от предоставления необходимых лекарств пациентам следует считать нарушением конституционных прав граждан. Результаты этой пресс-конференции широко освещались в газетах, на радио и по телевидению.

Через день, 1 марта, в г. Пловдив, Болгария, открылась 3-я Восточно-Европейская конференция по проблеме редких болезней. Россию представляли участники Профессиональной Службы и рабочей группы Службы по болезням Гоше. Конференция собралась около 120 специалистов, представителей обществ па-

Фокус на редкие болезни

О. Борисенко



3-я Восточно-Европейская конференция по проблемам редких болезней

циентов и больных. Первый день обсуждали общие вопросы организации медицинской помощи больным редкими болезнями. Речь шла о развитии регистров больных в Италии (данные в централизованный регистр поступают только из трети регионов), исследованиях в области редких болезней за счет 6-й и 7-й рамочных программ Евросоюза, стратегии развития Европейского Альянса по редким болезням, предложениях по редким болезням для Европарламента, шведском опыте регистрации редких лекарств (72 заявки в 2000 году, 125 заявок в 2007; до 46% препаратов — для лечения онкологических заболеваний; только 10% предназначены исключительно для детей и 45% исключительно для взрослых), организации медицинской помощи больным редкими болезнями в Нидерландах, перспективах развития медицинской помощи и лекарственного обеспечения больных редкими болезнями в Болгарии. В целом, складывается впечатление, что в Европе проблеме редких болезней уделяется внимание, в большинстве стран пациенты получают лечение, однако внедрение современных технологий исследования регистров больных находится на этапе планирования или принимаются с большими трудностями.

На 2-й день прошли секционные заседания.

В России общества пациентов, специалисты, чиновники и производители начали объединяться для решения проблем больных редкими болезнями в рамках Профессиональной Службы по редким дорогостоящим нозологиям Форумного комитета РАМН, вся информация о деятельности которой находится на Интернет-сайте МОООФИ: www.rsrog.ru.

медпомощи должно происходить заранее, то есть через систему страхования. Прямые расчеты «из кармана в карман» или даже через кассу разлагают медиков и медицину. Очевидно, что медицина — не бизнес, но и бизнес — не медицина.

Только в последние годы пришло понимание, что здравоохранению нужны «большие деньги». Однако надо помнить, что простая «накачка» денег в здравоохранение ни к чему хорошему не приведет. Они исчезнут так же, как растворились деньги ДЛО, вызвав всеобщее негодование и отставку М.Ю. Зурабова. Думаю, что просто должен исполняться Закон «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации». В соответствии с ним должна быть обеспечена свобода выбора страховой компании, а также медицинской организации и врача. Тарифы ОМС должны предусматривать оплату всех затрат, включая коммунальные платы и, это особенно важно, необходимость развития и внедрения новых высокоэффективных технологий. Надо осознать, что основной «национальный проект» — это нормальное развитие ОМС.

Внимательно следил за выступлениями В.В. Путина и Д.А. Медведева в ходе предвыборной кампании. Чувствовалось, что есть понимание проблем здравоохранения и ОМС. Хочется надеяться, что сказанные слова будут подкреплены делом. Российские врачи и медицинские сестры умеют работать, и забота нации будет вознаграждена самоотверженным трудом «людей в белых халатах».

Когда-то мой отец — старый военный врач говорил мне студенту медицинского института: «Относись к людям — как к больным, а к больным — как к людям». Сегодня хотелось бы человеческого отношения со стороны общества к целой отрасли — здравоохранению.

Организационный комитет Премии Московского городского научного общества терапевтов имени профессора Дмитрия Дмитриевича Плетнева 2007 года завершил сбор информации о кандидатах на соискание Премии.

По результатам рассмотрения поступивших заявок, на заседании Организационного комитета, 13 февраля 2008 года, номинантами на соискание Премии стали:

1. Андрей Иванович Воробьев, академик РАН и РАМН, профессор, директор Гематологического научного центра РАМН, руководитель кафедры гематологии и интенсивной терапии РМАПО;

2. Валентина Александровна Насонова, академик РАМН, профессор, почетный директор Института ревматологии РАМН;

3. Асфольд Иванович Парфенов, профессор, заместитель директора по науке Центрального научно-исследовательского института гастроэнтерологии, заведующий отделением патологии тонкой кишки.

Членам Жюри* предстоит выбрать одного победителя из числа представленных номинантов.

Оргкомитет

* Состав Жюри Премии им. Д.Д. Плетнева (Е.Е. Гогин, Н.А. Мухин, А.Л. Сыркин, В.И. Маколкин, Е.Л. Насонов, В.Б. Симоненко) утвержден 26.12.07 на основании результатов голосования членов Правления МГНОТ.



Обоснование участия в конкурсе директора Государственного учреждения Гематологического научного центра РАМН, заведующего кафедрой гематологии и интенсивной терапии с курсом ревматологии РМАПО, академика РАН, РАМН, доктора медицинских наук, профессора, Заслуженного деятеля науки Российской Федерации, лауреата Государственной премии СССР, ВОРОБЬЕВА АНДРЕЯ ИВАНОВИЧА



Академик РАН, РАМН Воробьев Андрей Иванович — выдающийся ученый с мировым именем, ведущий специалист в области клинической гематологии, трансфузиологии, блестящий терапевт широкого профиля, талантливый педагог, создавший Школу отечественных гематологов, крупный организатор здравоохранения, видный общественный деятель.

Его научная деятельность многогранна; оригинальные фундаментальные теоретические разработки всегда находят выход в клиническую практику. Использование в практическом здравоохранении разработанных А.И. Воробьевым методов диагностики и лечения гематологических больных способствовало значительному снижению смертности, увеличению продолжительности и повышению качества жизни, а также выздоровлению больных, которых ранее относили к разряду безнадежных.

А.И. Воробьеву принадлежат оригинальные и принципиальные решения ряда проблем: им первым было сформулировано представление о клоновой природе лейкозов, введено в гематологию понятие об опухолевой прогрессии, раскрыта ее роль в патогенезе гемобластозов, детально изучена лучевая болезнь, создана система биологической дозиметрии при остром лучевом поражении. Разработана клиническая классификация лимфопролиферативных заболеваний с учетом морфологических и молекулярных методов исследования. Разработаны новые методы выделения компонентов крови с помощью афереза. Разработана трансфузиологическая программа, в корне меняющая подход к заготовке компонентов крови, их применению в экстремальных ситуациях. Создана новая концепция патогенеза острой массивной кровопотери и разработаны основные принципы ее трансфузионной терапии. Впервые выявлено и сформулировано понятие «гиперкоагуляционный синдром», ранняя диагностика и терапия которого позволяет уменьшить степень тяжести возможного развития ДВС-синдрома. Решение указанных проблем имеет огромное значение для внутренней медицины, включая терапию, неврологию, хирургию, инфекционные болезни, акушерство и гинекологию.

А.И. Воробьев провел огромную работу по созданию ГУ ГНЦ РАМН, который он возглавляет с 1987 г. При его организационном и научном руководстве Центр успешно проводит разработку важнейших фундаментальных и прикладных исследований в области экспериментальной и клинической гематологии, трансфузиологии, интенсивной терапии, внедрение прогрессивных технологий получения компонентов и препаратов крови, участвует в реализации государственных научно-технических программ, грантов РФФИ.

Деятельность А.И. Воробьева на посту Министра здравоохранения Российской Федерации (1991—1992 г.) во многом способствовала сохранению системы отечественного здравоохранения, медицинских научных центров, научного, кадрового потенциала.

А.И. Воробьев — талантливый педагог. С 1974 г. по настоящее время он возглавляет кафедру гематологии и интенсивной терапии с курсом ревматологии Российской Медицинской академии последипломного образования.

Под руководством А.И. Воробьева защищено более 50 диссертаций, в т. ч. 19 докторских.

А.И. Воробьев — автор более 380 научных работ, в т. ч. более 20 монографий, атласов, книг, руководств, учебных пособий для врачей.

Авторитет А.И. Воробьева признан за рубежом, где он широко представляет отечественную медицинскую науку на международных форумах.

А.И. Воробьев является Председателем Межведомственного научного совета «Гематология и трансфузиология»; в течение ряда лет был Главным гематологом МЗ РФ, член Президиума РАМН; Главный терапевт медицинского управления при Президенте РФ; главный редактор журнала «Гематология и трансфузиология»; член редколлегии большого числа журналов терапевтического профиля («Терапевтический архив», «Клиническая геронтология» и др.)

Андрей Иванович Воробьев является Председателем Правления Московского городского научного общества терапевтов (с 1987 г.).

Многочисленные публикации А.И. Воробьева в прессе, интервью, выступления по ТВ и радио посвящены насущным вопросам Российского здравоохранения.

А.И. Воробьев — видный государственный деятель: 1987—1991 гг. — народный депутат СССР, 1991 г. — депутат Верховного совета СССР, 1991—1992 гг. — Министр здравоохранения РФ, председатель Федерального комитета РАМН.

Государственные награды и премии: Орден Ленина (1987 г.), Государственная премия СССР (1987 г.). Орден «За заслуги

перед Отечеством» III степени (1998 г.), медаль «50 лет Победы» (1995 г.), Медаль «За заслуги перед Отечеством Здравоохранением» (2001 г.), Заслуженный деятель науки Российской Федерации (2004 г.).

Андрей Иванович приложил много усилий для реабилитации выдающегося отечественного терапевта Дмитрия Дмитриевича Плетнева. В то время, когда обвинения с Д.Д. Плетнева еще не было сняты, и его имя находилось под запретом, А.И. Воробьев стал упоминать его имя в печати, позже участвовал в формировании общественного мнения и официальных процедурах, связанных с процессом реабилитации Д.Д. Плетнева.

Обоснование участия в конкурсе



Академик РАМН, Заслуженный деятель науки Российской Федерации профессор Валентина Александровна Насонова — выдающийся ученый — ревматолог с мировым именем, много лет являющаяся Главным ревматологом страны, почетный директор Института ревматологии РАМН, почетный Президент Ассоциации ревматологов России, почетный член Европейской антиревматической Лиги и целого ряда национальных ревматологических обществ стран Европы, Азии и Северной Америки.

Валентина Александровна — славная представительница московской терапевтической школы, ученица академика Е.М. Тареева, сочетающая гуманизм истинно русского Врача, глубину знаний, широту интересов, смелость мысли и точность предвидения энциклопедически образованного Ученого, опыт умелого Организатора науки и талант настоящего Учителя. Она отдала медицинской науке и здравоохранению более 60 лет, в том числе возглавляя в течение 30 лет Институт ревматологии РАМН, ставший под ее руководством крупнейшим центром отечественной науки и клинической практики, охватывающим все направления современной ревматологии.

В.А. Насонова всегда была и остается генератором передовых идей, организатором новых направлений исследований в отечественной ревматологии и смежных дисциплинах. Будучи директором Института ревматологии, Валентина Александровна всячески способствовала развитию иммунологии, вирусологии, эпидемиологии, генетики и экспериментального моделирования ревматических заболеваний. Под ее руководством успешно выполнялись комплексные работы по изучению роли инфекции в этиологии и патогенезе ревматических заболеваний и определению влияния других внешних факторов на их развитие и течение; глубоко рассматривались вопросы системности, полового диморфизма и возрастной гетерогенности (в частности, ревматических заболеваний у подростков и стариков) и др. Валентина Александровна и ее сотрудники явились пионерами в изучении в нашей стране проблем антифосфолипидного синдрома и системного остеопороза, приобретших в настоящее время статус поистине междисциплинарных. Благодаря Валентине Александровне такая «старая» болезнь человека, как подагра, как бы получила новое качество, обоснованно заняв свое место в общем метаболическом синдроме.

В последние годы В.А. Насонова уделяет большое внимание важнейшей проблеме современности — определению медико-социального бремени ревматических заболеваний и поискам путей его снижения.

В широкий круг научно-практических интересов академика В.А. Насоновой входят также такие клинические аспекты ревматологии, как ревматическая лихорадка, Лайм-боррелиоз, ревматоидный артрит и ревматоидный васкулит, остеоартроз и остеопороз, проблема эффективности и безопасности антиревматической терапии и многие другие.

Под руководством Валентины Александровны и при ее непосредственном участии впервые были разработаны и внедрены в отечественную практику принципы и методы комплексной гормонально-цитотоксической терапии и интенсивные методы лечения (экстракорпоральная и «пульс-терапия») ревматологических больных, радикально изменившие прогноз у тысяч ранее обреченных пациентов.

Общезвестны заслуги академика В.А. Насоновой во всестороннем изучении группы тяжелых аутоиммунных ревматических заболеваний («коллагенозов»), в первую очередь — системной красной волчанки, а также системной склеродермии, дермато-полимиозита, болезни Шегрена, системных васкулитов и др. Разработанные Валентиной Александровной диагностические критерии и рабочая классификация системной красной волчанки, не имевшая в те годы зарубежных аналогов, стали образцом для создания отечественных критериев диагностики и классификаций основных ревматических заболеваний, столь необходимых для решения научных и практических задач ревматологии.

Валентина Александровна — автор более 600 научных статей и 10 монографий, включая фундаментальное руководство «Ревматические болезни». Ее работы являются на-

стоятельными книгами для тысяч ревматологов и врачей других специальностей.

Под руководством академика Насоновой выполнено около 30 кандидатских и более 10 докторских диссертаций. Блестящий лектор и пропагандист знаний в области ревматологии, Валентина Александровна явилась создателем не только современной школы российских ревматологов, но и национальных центров ревматологии во многих странах СНГ.

Благодаря неустанной работе Валентины Александровны Насоновой на посту Главного специалиста Минздрава, в стране была сохранена и получила мощное развитие система государственной ревматологической службы. Валентину Александровну знают и высоко ценят ревматологи во всех уголках России, где она побывала с лекциями, докладами и выступлениями, участвуя в выездных республиканских и межобластных конференциях и съездах, проводя блестящие клинические разборы.

Многолетняя и многогранная деятельность академика В.А. Насоновой высоко оценена в своей стране: она награждена многими правительственными наградами, включая ордена «Трудового Красного Знамени» и «Знак почета», Почетными Грамотами Министерства здравоохранения, АМН СССР и РАМН. В 2007 г. Валентина Александровна была удостоена международной премии «Профессия-Жизнь» в номинации «Легенда мировой медицины».

О высоком признании заслуг академика Валентины Насоновой перед мировым ревматологическим сообществом свидетельствует ее избрание Президентом EULAR. Она являлась организатором и председателем X Европейского Конгресса ревматологов в Москве (1983 г.), о котором до сих пор с восторгом и благодарностью вспоминают ревматологи из разных стран мира.

Обоснование участия в конкурсе



Профессор Асфольд Иванович Парфенов — известный представитель видных отечественных гастроэнтерологов, заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора Центрального научно-исследовательского института гастроэнтерологии по науке, заведующий отделом патологии кишечника института, вице-президент Научного общества гастроэнтерологов России.

А.И. Парфенов еще во время учебы в Военно-медицинской академии проявил интерес к гастроэнтерологии и выполнил три научные работы, отмеченные первыми премиями на конкурсах слушателей ВМА. После окончания учебы в 1961 г. сначала на корабле, а затем в военно-морском госпитале Камчатской военной флотилии он стал заниматься изучением особенностей болезней желудка и кишечника у людей молодого возраста и в 1969 г. подготовил и защитил кандидатскую диссертацию на тему «Морфологические изменения желудка и толстой кишки у больных хроническим гастритом молодого возраста».

За успехи в профессиональной деятельности А.И. Парфенов в 1970 г. переведен в Главный военный клинический госпиталь им. Н.Н. Бурденко. За годы работы в госпитале, а затем на кафедре терапии военно-медицинского факультета ЦОЛИУВ он сформировался как клиницист, особенно глубоко занимающийся проблемами болезней кишечника. Под руководством академика А.М. Уголева он разработал и внедрил в клиническую практику методики диагностики нарушений кишечного пищеварения и всасывания, основанные на методе перфузии тонкой кишки полисубстратными растворами. В 1985 г. им была защищена докторская диссертация «Нарушения кишечного пищеварения и всасывания при наиболее распространенных заболеваниях органов пищеварения (по данному методу перфузии тонкой кишки)».

В 1980 г. А.И. Парфенов прошел по конкурсу на должность руководителя отделения патологии тонкой кишки Центрального научно-исследовательского института гастроэнтерологии. Плодотворное изучение возглавляемым им научным коллективом целиакии, синдрома короткой тонкой кишки, болезни Уиппла, общей варибельной гипогаммаглобулинемии, болезни Крона, язвенного колита и функциональных заболеваний способствовало значительному улучшению диагностики болезней кишечника в нашей стране. Вместо устаревших диагнозов «хронический энтерит» и «энтероколит», не имевших этиологической составляющей и в большинстве случаев неверных по существу, в основу диагностики был положен этиологический фактор.

А.И. Парфеновым впервые описаны «хронический иерсинозный илеит», «хологенная диарея» и «постинфекционный синдром раздраженного кишечника». Полезным оказалось и утверждение существования хронического аппендицита как одной из причин болевого синдрома в правой подвздошной области. Особенно глубоко проф. Парфенов А.И. и его ученики изучают целиакию. Это заболевание оказалось исключительно важной междисциплинарной формой патологии, выходящей за рамки тонкой кишки. Молчащая (скрытая) форма целиакии нередко является причиной анемии, остеопороза, бесплодия и многих других болезней. Итоги многолетней работы обобщены в книге «Целиакия: эволюция представлений о распространенности, клинических проявлениях и значимости этиотропной терапии» (2007).

А.И. Парфенов является автором 350 научных трудов. Им написан раздел «Болезни кишечника» в Руководстве по диагностике и лечению внутренних болезней / Ред. Ф.И. Комаров, выдержавшем уже три издания. В соавторстве с А.С. Логиновым проф. А.И. Парфеновым создано руководство для врачей «Болезни кишечника». В 2002 г. им выпущена книга «Энтерология», а в 2005 г. — «Болезни илеоцекальной области». В настоящее время издательство Медицинское информационное агентство готовит 2-е расширенное и переработанное издание книги «Энтерология».

Под руководством проф. А.И. Парфенова защищены 4 докторские и 8 кандидатских диссертаций.

А.И. Парфенов является членом редколлегии журналов «Терапевтический архив» и «Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология». За заслуги перед отечеством он награжден 9 медалями и отмечен премией Правительства г. Москвы.

Начало на стр. 1 ↗

куплены, даже установлены, с ворчанием, шипением и рассказом о том, что бедняжкам-переводчикам до жилища добираться 200 километров.

Странно, но у нас ноутбук — это волшебное средство коммуникации — и в Тульской, и в Рязанской области работало с удовольствием! Кроме того, что наш любимый компьютер не является «лаптопом», а всего лишь доисторическим «ноутом» (раньше мне почему-то казалось, что возраст и технические характеристики в данном случае никоим образом не связаны с наименованием), мы узнали еще много нового. Не приехав в Европу, мы бы, конечно, вряд ли могли бы узнать, что свет и вода включаются ровно на то время, за которое быстро можно добраться до следующего выключателя или смыть мыло с одной ладошки. Нам бы не пришлось в голову, что покупать продукты на ужин нет необходимости из-за наличия завтрака в гостинице. Мы бы никогда не узнали, что четко назначенное время встречи может чудесным образом быть проигнорировано.

12 марта 2008 года

Нам велели в 8.30 без задержек быть собранными и подготовленными у ворот гостиницы. Мы были. Через 20 минут, узнав у портье направление предполагаемого движения, пришлось двигаться в путь самостоятельно. У входа в клинику мы подрастерялись — 4 этажа, полное отсутствие коммуникативных возможностей, картинка сказочная! Погуляв минут 15, о счастье, увидели переводчиков. Опять узнали кучу полезного и нового. Оказывается, переводчики не отвечают за работу железнодорожного транспорта, а оплаченная нами сумма по договору не позволяет каждый день пользоваться им услугами такси, да и живут они в другом городе. И вообще — если визит в клинику назначен на 11 марта, то именно в этот день в 9.00 надо лежать на пороге. За работу Консульства Германии в России клиника и переводчики ответственности не несут. Надо было думать и соображать, что прибыть в клинику 11 марта означает прибыть в страну дня на 2–3 раньше! Оказывается — это элементарно. Почему? А раз не явились в назначенное время, то ждать врачей придется столько, сколько придется.

Некоторые специалисты были приглашены из других клиник, а мы, непокорные, испортили им все расписание. Вследствие неявки в назначенное время, или, может, ветер переменился, но процедуру обследования решили сократить с восемнадцати дней до одного. Могут, конечно, допустить, что выписки с переводом и апостилемированием удовлетворили требовательного профессора Бека.

Нам назначили консилиум и первое вливание на 14 марта! Какое счастье! Наш московский доктор, профессор Бек и переводчик прогулялись по клинике, наблюдали за ходом диагностики, обследования и лечения 7 пациентов, всех, кто находился в этот день в клинике. Профессор посетовал, что доктор не знает иностранных языков и поэтому не может пройти недельный курс обучения в клинике. Нам посоветовали отправить нашего доктора на учебу в Польшу — там, по мнению Бека, легче обучаться на говорящем на иностранных языках. Будем думать в этом направлении. Ведь нам же нужна клиника МПС в Москве (в России), ну уж хоть одна для начала.

Осмотр и обследование. Клиника (Вилла Метаболика) представляет собой отделение Университетской клиники, занимающиеся обследованием и лечением пациентов с проблемами метаболизма.

На рецепшен заполняется анкета, в которую вносятся данные о пациенте, его возрасте, адресе, лечащем враче. Затем пациент проходит в просторный холл. Игровая зона отгорожена офисной ширмой-перегородкой, на остальной площади уютно расположены семь столиков (круглых и квадратных) со стульями, стеллаж с посудой, столик для приготовления чая или кофе, 5 кабинетов для осмотра пациентов, туалетные комнаты, несколько живых цветов в больших керамических кашпо и пара кресел-колясок.

Пациенты, приходя по своему графику, могут читать, рисовать, слушать музыку, смотреть телевизор или видеоманитофон, кушать, дремать, играть в игрушки, общаться, совершенно не мешая друг другу. Врачи и медсестры, подошед к ребенку, обязуются здороваться за руку, глядя по головке, спрашивают, можно ли померить давление, послушать, измерить уровень кислорода в крови, рост, вес и т. д. Если ребенок не соглашается, тогда спрашивают разрешение у родителя на проведение манипуляции с ним. Русский родитель, впадая в легкую эйфорию от происходящего, соглашается. Видимо, на сореволюционный дух и рассчитывают коварные немецкие медики, т. к. именно в этот момент в ребенке непременно просыпается желание самостоятельно поучаствовать в манипуляции, а не наблюдать за тем как мама будет играть в измерения, а бедный малыш останется без интересных дел.

Павлику трижды измеряли давление — в 10, 12 и 14 часов. Проводили шестиминутный тест. Он заключается в измерении расстояния, который проходит пациент за 6 минут, при этом контролируется пульс и уровень кислорода в крови. Контроль проводится специальным прибором перед началом теста, после окончания прогулки, через 2 и через 6 минут после остановки.

Позже Павлика спросили, нет ли у него желания немного прогуляться. Коварство вопроса заключалось в том, что отделение радиологии, где необходимо сделать рентген позвоночника и таза, располагалось в другом здании, до которого нужно идти по улице метров 350.

Павлик обрадовался перспективе прогулки и не заподозрил подвоха.

Путешествие на рентген прошло восхитительно. У входа в корпус нас встретила забавная добродушная зебра, ростом больше мамы и очень славная. Жалко, конечно, что не живая, но от этого — не менее замечательная. Потом мы встретили сказочную железную дорогу, которая просто парализовала все наши мысли и чувства. Макет городка, пронизанного сетью железнодорожных путей, установлен так, чтобы при взгляде из детской коляски обзор был наилучшим. Взрослые мужчины стояли в неопишемом восторге рядом с макетом, заморожено следили за грузовыми и пассажирскими поездами, электричками, снующими в паутине дорог. На всех дверях нарисованы или наклеены забавные зверюшки. Очень комфортное состояние души наступало от этих милых картинок. Рентген прошел отлично, и мы отправились в обратный путь.

Когда мы вернулись, к нам подошла медсестра и сообщила, что мы располагаем часом времени и должны успеть покормить ребенка. Оказалось, что в нашем распоряжении было 5 часов, 4 из которых мы потом томилась в ожидании, но заранее этого никто не знал. 4 часа мы ждали ортопеда.

Очень интересно, что все пациенты знали порядок своих процедур. Никто не сидел в очереди, все работали по своему расписанию. Врачи здоровались со всеми пациентами, и, кажется, искренне радовались им. Каждый приходил к определенному времени, удобно устраивался, и в течение 10–15 минут к нему подходили работники клиники и начинали подключать инфузomat, предварительно измерив температуру, давление и немножко поболтав с пациентом и мамой.

Нам посчастливилось познакомиться с Флорианом (десятилетним хантеренком), его мамой Изабель и их дивной бабушкой (по-немецки бабуля — ома). Ома пригласила нас пожить у них. Флориану поставили диагноз в 1 год и 9 месяцев, мальчика стали наблюдать и подбирать поддерживающую терапию. Флориан очень улыбчивый и вихрастый. Он очень любит кушать и смотреть мультики. После того, как Изабель узнала о диагнозе сына, она определила Флориана в школу, где он с удовольствием занимается 4 раза в неделю. Обратившись в социальную службу, Изабель получила возможность пользоваться услугами социального помощника. Для жизни с таким ребенком это неоценимая помощь. Лечение Флориана оплачивает страховая компания. Изабель, Ома и Флориан еженедельно ездят за 200 километров в Майнц для получения инфузий. Флориан не возражает против капельницы, правда и восторга не испытывает. За время приема лекарства мальчик утомляется, у него немного повышается температура, краснеют щеки и начинают блестеть глаза.

За 1,5 года получения лечения мама заметила серьезные улучшения, правда, врачи считают их незначительными: на несколько сантиметров уменьшились печень и селезенка, мальчик опять начал немного ходить, моторные навыки улучшились, Флориан теперь снова может брать мелкие предметы, Проблемы с туалетом прекратились, и памперсы ему теперь не нужны. Изабель знает о том, что в Германии около 1800 пациентов МПС, сколько из них МПС-2 или МПС-6, ей неизвестно. Мы договорились с Изабель встретиться в следующую среду.

14 марта 2008 года

Второй визит. У Павлушки самочувствие лучше, чем вчера. Воздух здесь какой-то тягучий. Его будто пьешь. Пахнет цветущими деревьями, спокойствием и весной. Павлуша выглядит лучше, чем дома, несмотря на перелет. Просто объективно ему почему-то легче. Сегодня Павлик проснулся не улыбочивый, но и не сердитый. Мы быстренько умылись-оделись, позавтракали и пошли в больницу. У меня дрожат колени, ноги ватные. Понимаю, что все будет хорошо, знаю, что так будет, но дыхание перехватывает.

Приходим в клинику. Одна девочка (не знаю, с каким диагнозом, позже выяснили — болезнь Гоше) уже сидит с инфузomатом, родители радостно раскладывают яства, готовятся к трапезе. Ощущение, что они приехали в гости к друзьям. Один мальчишка с папой очень грустит. Они получают консультации двух врачей и уезжают.

Мы знакомимся с Уфуком. Видим с первого взгляда, что это хантеренок. Он приехал с мамой, через пару часов к ним присоединится дедушка. Он живет в Штудгарде, кроме него деток с МПС в этом городе нет. Уфуку 5 лет, шесть исполнится в ноябре. Родители мальчика дома разговаривают на турецком, а Уфук знает два языка. С мамой и папой говорит на турецком, с посторонними — на немецком. Мама не особо понимает, помогает ли сыну лекарство. Они получают препарат целый год, но согнутые фаланги пальчиков не выпрямились, несколько уменьшились внутренние органы, но только потому, что мальчик вырос на 7 сантиметров. Счастливая! Она просто вовремя поймала синюю птицу. О том что лекарство зарегистрировано в Европе, ей сообщили в клинике год назад, когда они с сыном приехали на контрольное обследование. Мама Уфука могла получать препарат и до этого момента. Однако, посоветовавшись с папой, они решили, что до регистрации это небезопасно. На сколько бы могли согнуться пальчики без лекарства, рисовал ли бы сегодня мальчик такие ровные и аккуратные картинки, мог бы ли он вырасти на столько, был ли шанс уменьшиться измученным болезнью внутренним органам? И осталась ли бы у него способность говорить на двух языках без лекарства? Какая радость, что эта красивая молодая

женщина с грустными глазами не задает себе эти вопросы! Замечательно, что она не считает полезным лекарством, а просто выполняет рекомендации врачей! Как славно быть в таком неведении. Слава Богу, что Уфуку всего пять! Что его мама не понимает, что могло произойти с ним за этот год! Я — честно — очень рада за Уфука! Я завидую его маме. Врачи считают эффект от лекарства очевидным и значимым. Мама сердится, что эффекта нет, а ездить на вливания далеко.

Приходят наши старые знакомые. Взрослые пациенты МПС-2, братья, которых мы видели в первый визит. Они рады встрече с девочкой, получающей свое лечение, и её родителями. Братья подсаживаются к семье девочки и продолжают оживленно общаться почти 2,5 часа.

Очень тихо в клинику въезжает мальчишонок в навороченной коляске, управляемой мамой. На его кипенно-белой толстовке большими черными буквами написано «Джереми». Приглядевшись к его коляске, мы начинаем подозревать, что Джереми — это имя мальчика, т. к. на коляске тем же шрифтом, только белыми буквами на красном фоне опять это слово. Симпатичный мальчишка нежно льнет к маме, но, привыкнув, минут через 10 он загадочным образом превращается в шумище-кричаще-рычащее существо. Правда, только на минуточку — Уфук протянул руку к Игрушке, которая была у Джереми.

Уфук тоже очень модный мальчишка. Он очень гордится своим «пиратским» прикидом. Когда кто-то подходит к нему, он присоанивается и поправляет толстовочку, на черном фоне которой череп и кости. Позже, когда он будет собираться домой и наденет кофту, все обратят внимание, что на ней белым на черном нарисованы косточки скелета. Уфук победным взглядом обведет всех присутствующих и захихикает. Много ли нужно для счастья?

Вернемся к Джереми. Для лечения его болезни — муколипидоз — лекарства еще не придумали, но Джереми это не очень огорчает, он лихо управляет своим транспортом и воинственно руководит движением в клинике. Изредка превращаясь в смиренного пай-мальчика, прильнувшего к маме, когда в холл входят врачи. Джереми крайне гордится собой и своей коляской, поэтому подбегает к каждому находящемуся в помещении очень быстро и близко и победно смотрит в глаза. Добившись ответного взгляда, Джереми с улюлюканьем перебирается к следующему посетителю.

В отделении появляется еще один красавец. С серьгой в ухе и очень яркими кругами в ушных раковинах, для отвлечения внимания от крошечных внутренних слуховых аппаратов, в необыкновенно алой куртке с аналогичным рисунком на одном плече, с альби шнурками на черных кроссовках входит хорошенький хантеренок. Его мама беседует с доктором, они проходят короткое обследование и счастливо удаляются по своим делам.

Нас приглашает физиотерапевт. Она доступно и понятно показывает упражнения, способствующие улучшению кровообращения и питанию тканей и препятствующие увеличению контрактур. Доктор разрешает записать гимнастику и повторяет упражнения, прикладывая максимум усилий для вовлечения мамы в обучение методу. Доктор подчеркивает необходимость занятий с пластилином, упражнений для мелкой моторики и подчеркивает важность и нужность ежедневных занятий. Объясняет, что фермент в сочетании с гимнастикой даёт наибольший эффект.

Проходит некоторое время, и нас приглашают для беседы. Доктор рассказывает данные статистики, говорит, что чуда не произойдет, терапия — это лекарство, а не волшебство, возможности организма велики, но не безграничны и т. д. Доктор приятно удивлена, что при моем незнании языка я достаточно хорошо подкована в вопросах лечения, действия препарата, возможных побочных эффектах. На мое предложение договориться об отсутствии нежелательных моментов от приема препарата доктор теряется, но обещает молиться об этом.

Проходит еще сколько-то времени, и нас зовут в процедурный кабинет. Я думаю, что нам опять что-то покажут или расскажут, но Павлик боится, и я понимаю, зачем мы туда пришли, только в тот момент, когда мальчик укладывается на кушетку. К ножкам плавно, но целенаправленно просачивается улыбающийся добродушный мужчина, медсестра подает лоток с кучей всяких непонятных мне вещей, а врач в одно касание ставит катетер в вену и тут же берет кровь на анализ. Мальчик при всем при этом не успевает понять, что происходит, и не то что заплакать — он испугаться не успевает. В какие-то считанные секунды мне вручают руку сына и инфузomат. Я еще не осознаю, что процесс получения лекарства уже идет.

Мы выходим из процедурного кабинета, Павлик обводит всех присутствующих торжествующим взглядом. До этого момента ему измеряли давление, количество кислорода в крови, температуру, кучу других параметров, но почти у всех детей рядом стояла непонятная блестящая палочка с серой пищалкой, а теперь эта штука с пищалкой есть и у него. Все заняты своими делами, никто не плачет, не выражает недовольства, просто все заняты своими делами — рядовой день, обычные мероприятия. Что уж тут волноваться.

Близится время обеда. Все проходит хорошо. Мальчику принесли полагающийся ему обед, но принесенная мамой еда оказалась вреднее и вкуснее. Я обещала пиццу, так кто же станет есть пюре после такого обещания?

Продолжение на стр. 9 ↗

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 назна-

чения 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 «общепотребительность» или «так принято».

СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ВНЕМАТОЧНОЙ (ЭКТОПИЧЕСКОЙ) БЕРЕМЕННОСТЬЮ

1. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА

Категория возрастная: взрослые

Нозологическая форма: трубная беременность, прогрессирующая

Код по МКБ-10: 000.1

Фаза: острое состояние

Стадия: первое обращение

Осложнение: неосложненная

Условие оказания: скорая медицинская помощь

Приложение
к приказу Министерства
здравоохранения и социального развития
Российской Федерации
от 25 сентября 2006 г. № 676

1.1. ДИАГНОСТИКА

Код	Наименование	Частота предоставления	Количество
A01.20.001	Сбор анамнеза и жалоб в гинекологии	1	1
A02.31.002	Термометрия общая	1	1
A01.20.002	Визуальное исследование в гинекологии	1	1
A01.20.003	Пальпация в гинекологии	1	1
A02.09.001	Измерение частоты дыхания	1	1
A02.12.001	Исследование пульса	1	1
A02.10.002	Измерение частоты сердцебиения	1	1
A02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	1
A09.05.003	Исследование уровня общего гемоглобина в крови с помощью анализатора	1	1

1.2. ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА 30 МИНУТ

Код	Наименование	Частота предоставления	Количество
A01.20.001	Сбор анамнеза и жалоб в гинекологии	1	1
A02.09.001	Измерение частоты дыхания	1	1
A02.12.001	Исследование пульса	1	1
A02.10.002	Измерение частоты сердцебиения	1	1
A02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	1
A25.20.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях женских половых органов	1	1
A11.02.002	Внутримышечное введение лекарственных средств и растворов	1	1
A11.12.003	Внутривенное введение лекарственных средств	0,5	1
F05.01.02	Транспортировка пациента службой скорой медицинской помощи вне медицинского учреждения (организация)	1	1

1.3. ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД**	ЭКД***
Средства, влияющие на кровь	<i>Средства, влияющие на систему свертывания крови</i>		1		
			1		
		Этамзилат	1	500 мг	1500 мг

2. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА

Категория возрастная: взрослые

Нозологическая форма: прервавшаяся трубная беременность

Код по МКБ-10: 000.1

Фаза: острое состояние

Стадия: первое обращение

Осложнение: внутрибрюшное кровотечение, геморрагический шок

Условие оказания: скорая медицинская помощь

2.1. ДИАГНОСТИКА

Код	Наименование	Частота предоставления	Количество
A01.20.001	Сбор анамнеза и жалоб в гинекологии	1	1
A02.31.002	Термометрия общая	1	1
A01.20.002	Визуальное исследование в гинекологии	1	1
A01.20.003	Пальпация в гинекологии	1	1
A02.09.001	Измерение частоты дыхания	1	1
A02.12.001	Исследование пульса	1	1
A02.10.002	Измерение частоты сердцебиения	1	1
A02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	1
A09.05.003	Исследование уровня общего гемоглобина в крови с помощью анализатора	1	1

2.2. ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА 30 МИНУТ

Код	Наименование	Частота предоставления	Количество
A01.20.001	Сбор анамнеза и жалоб в гинекологии	1	1
A02.09.001	Измерение частоты дыхания	1	1
A02.12.001	Исследование пульса	1	1
A02.10.002	Измерение частоты сердцебиения	1	1
A02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	1
A25.20.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях женских половых органов	1	1
A11.12.003	Внутривенное введение лекарственных средств	1	1
A11.09.008	Ингаляционное введение лекарственных средств и кислорода	1	1
F05.01.02	Транспортировка пациента службой скорой медицинской помощи вне медицинского учреждения (организация)	1	1

2.3. ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД**	ЭКД***
Гормоны и средства, влияющие на эндокринную систему			0,1		
	<i>Неполовые гормоны, синтетические субстанции и антигормоны</i>		1		
		Преднизолон	1	30 мг	60 мг
Средства, влияющие на сердечно-сосудистую систему			0,1		
	<i>Вазопрессорные средства</i>		1		
		Допамин	1	10 мг	10 мг
Средства, влияющие на кровь			1		
	<i>Растворы и плазмозаменители</i>		1		
		Декстроза	0,5	400 мл	400 мл
		Гидроксиэтилкрахмал	0,5	400 мл	400 мл

* – Анатомо-терапевтическо-химическая классификация.

** – Ориентировочная дневная доза.

*** – Эквивалентная курсовая доза.

**СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ НЕУТОЧНЕННЫМ,
ОСТРЫМ АТОПИЧЕСКИМ КОНЪЮНКТИВИТОМ, АНГИОНЕВРОТИЧЕСКИМ ОТЕКОМ И АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ КРАПИВНИЦЕЙ**

1. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА**Категория возрастная:** взрослые, дети**Нозологическая форма:** аллергический ринит неуточненный, острый атопический конъюнктивит, ангионевротический отек; аллергическая крапивница;**Код по МКБ-10:** J 30.4; H 10.1; T 78.3; L 50.0**Фаза:** острое состояние**Стадия:** первое обращение**Осложнение:** вне зависимости от осложнений**Условие оказания:** скорая медицинская помощь

Приложение
к приказу Министерства
здравоохранения и социального развития
Российской Федерации
от 4 сентября 2006 г. № 639

1.1. ДИАГНОСТИКА

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A 01.31.009	Сбор анамнеза и жалоб общетерапевтический	1	1
A 01.31.010	Визуальный осмотр общетерапевтический	1	1
A 02.31.001	Термометрия общая	1	1
A 01.31.012	Аускультация общетерапевтическая	1	1
A 02.10.002	Измерение частоты сердцебиения	1	1
A 02.12.001	Исследование пульса	1	1
A 02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	1
A 02.08.001	Осмотр верхних дыхательных путей с использованием дополнительных источников света, шпателя и зеркал	1	1

1.2. ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА 30 МИНУТ

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A 01.31.009	Сбор анамнеза и жалоб общетерапевтический	1	1
A 01.01.002	Визуальное исследование в дерматологии	1	1
A 02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	1
A 02.12.001	Исследование пульса	1	1
A 02.10.002	Измерение частоты сердцебиения	1	1
A 01.09.005	Аускультация при болезнях легких и бронхов	1	1
A 25.06.001	Назначение лекарственной терапии при аллергических заболеваниях и иммунопатологии	1	1
A 11.12.003	Внутривенное введение лекарственных средств	1	1
A 11.08.011	Установка воздуховода	0,3	1
F 05.01.02	Транспортировка пациента службой скорой медицинской помощи вне медицинского учреждения (организации)	1	1

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД**	ЭКД***
Гормоны и средства, влияющие на эндокринную систему			1		
	<i>Неполовые гормоны, синтетические субстанции и антигормоны</i>		1		
		Бетаметазон	0,4	8 мг	14 мг
		Преднизолон	0,6	60 мг	160 мг
Средства для лечения аллергических реакций			0,7		
	<i>Антигистаминные средства</i>		1		
		Хлоропирамин	0,1	20 мг	40 мг
		Цетиризин	0,5	10 мг	10 мг
		Акривастин	0,4	8 мг	8 мг
Растворы, электролиты, средства коррекции кислотного равновесия, средства питания			0,1		
	<i>Электролиты, средства коррекции кислотного равновесия</i>		1		
		Натрия хлорида	1	200 мл	400 мл
Средства, влияющие на органы дыхания			0,2		
	<i>Противоастматические средства</i>		1		
		Будесонид	1	500 мкг	2000 мкг
		Сальбутамол	1	2,5 мг	5 мг
Средства, влияющие на сердечно-сосудистую систему			0,2		
	<i>Вазопрессорные средства</i>		1		
		Эпинефрин	1	0,5 мг	0,5 мг

* – Анатомо-терапевтическо-химическая классификация.

** – Ориентировочная дневная доза.

*** – Эквивалентная курсовая доза.

П.А. Воробьев — Дорогие друзья, мы очень рады всех вас видеть! Сегодня обсуждаем тему редких болезней и редких медицинских технологий, в прямом переводе с английского — сиротских. Информационным поводом является завтрашний день — 29 февраля, поскольку он объявлен в Европе днем редких болезней. Другая сторона проблемы связана с программой лекарственного обеспечения по 7 нозологиям, которые можно отнести к сиротским, редким технологиям. Эта тема не так давно появилась и в мире, где-то с середины 80-х годов. Первыми здесь были США. Сначала это была тема, не имеющая прямого практического приложения, но в последующие годы это звучало совершенно по иному. Значение редких технологий и редких лекарств становится все большим, так как от большого числа болезней появились действенные лекарственные средства, не лекарственные методы лечения, которые позволяют пациентам либо стать абсолютно здоровыми людьми, либо если не здоровыми, то хотя бы чувствовать себя здоровыми, быть социально адаптированными. Это стоит больших денег.

Четкого определения — что такое сиротское лекарство, редко применяемая технология, — не существует. Во всех странах оно различается. Формулярный комитет РАМН принял решение еще в 2005 г., что для России к сиротским технологиям будем относить те, которые применяются менее чем у 10 тысяч пациентов в стране. Американцы дают в 10 раз большую частоту. Под такую частоту в нашей стране попадают многие заболевания, которые формально в мире не относятся к редким заболеваниям, например, гемофилия.

Еще раз подчеркну, что вопрос не столько о самих болезнях, сколько о возможностях эффективного лечения этих заболеваний, и именно этим обусловлена социальная значимость темы. Здравоохранение должно быть справедливым, то есть каждый пациент должен получать то лечение, в котором он нуждается. Это принципиальный, краеугольный камень здравоохранения. К сожалению, в нашей стране люди разделены на категории — одни могут получать лечение, другие не могут получать лечение, одни получают льготы федеральные, другие — муниципальные, третьи ничего вообще получить не могут. Эта ситуация сохраняется и продолжает усиливаться. В начале-середине 90-х, когда у государства было мало денег, эта ситуация — защита сирот и убогих — была понятной, но на сегодняшний день она вызывает большое количество вопросов.

Деньги в государстве есть, но расходование средств носит очень странный характер и, как показала программа ДЛО и новая программа, которая запущена, просто дополнительными деньгами не решается проблема. Можно сколько угодно дать денег в здравоохранение, и эти деньги уйдут в песок, эффективность вложений будет равна нулю. Поэтому сегодня разговор о том, что необходимо создавать профессиональные надстройки над существующей системой здравоохранения, которые будут включать как специалистов по диагностике и лечению заболеваний, так и общества пациентов — потребителей медицинских технологий, дистрибьюторов, менеджеров здравоохранения. Нам нужно научиться договариваться, нам нужно научиться находить пути решения проблем, потому что проблем много, а решаются они, к сожалению, фрагментарным образом.

Когда говорят, что болезни редкие и мало людей с этими болезнями, то надо не забывать, что количество таких болезней по разным оценкам от полутора до 5 тысяч нозологических форм. Если мы говорим о том, что это 5 тысяч болезней и до 10 тысяч в каждой болезни, то вы сами понимаете, что речь идет на самом деле о миллионах наших граждан. При этом, еще раз повторюсь, минимум при полусотне этих заболеваний сегодня есть методы радикального изменения прогноза.

К редким заболеваниям вначале относили заболевания генетической природы, и это преподносилось как генетическая патология. Но сегодня это огромное количество онкологических заболеваний: появились совершенно новые препараты так называемой таргетной, направленной на цель терапии, когда препарат направлен против определенного антигена, антитела, фермента и т. д., что позволяет вылечивать огромное количество пациентов. Таргетная, биологическая терапия вышла уже за рамки онкологии, она попала в ревматологию, где та же проблема: есть мало очень тяжелых больных, которые ничем не лечатся, вот биологические препараты оказались эффективны и здесь. Опять ведь речь идет не о всех больных — ревматоидного артрита очень много, а вот тяжелый, инвалидизирующий ревматоидный артрит — это, скорей всего, группа сиротских больных.

Обо всех болезнях не расскажешь, задача — поставить вопросы и сказать, что работа по сиротским технологиям в России началась в 2005 г., когда впервые Формулярный комитет РАМН сформулировал понятие сиротские, редко применяемые технологии. Начиная с этого года мы стали формировать перечень редко применяемых медицинских технологий, он опубликован, он есть у нас на сайте, есть в справочнике лекарственных средств Формулярного комитета. На сегодняшний день у нас порядка 20–25 медицинских технологий отнесенных к сиротским. В Европе тоже немного, поряд-

ок тот же — около 40, но кандидатов очень много — порядка 400. Речь идет не только о лекарствах, например, есть гомозиготная форма нарушения обмена жиров, таких больных в стране должно быть 120–130 человек, реально лечение сегодня получают 12 человек... Лечение это — сорбционные колонки, которые разработаны Кардиологическим научным центром, которые продаются во всем мире. Сегодня появляются колонки, которые содержат антитела к CD34 на ферромагнитах, колонка эта помещается в магнитное поле, она собирает все клетки, на которых есть CD34, после чего магнитное поле выключается и все это сливается в воронку и может быть использовано либо для больного, либо, наоборот, очищена эта кровь от этих клеток. Это звучит фантастически, конечно, таких больных очень

Круглый стол в РИА-Новости, Москва, 28.02.08 (стенограмма)

Редкие болезни и орфанные технологии



мало, это вопросы трансплантации костного мозга, но, тем не менее, эти технологии сегодня есть, и они тоже требуют специфического финансирования.

Редкие сиротские технологии требуют специальных методов, специальной организации помощи этим пациентам, потому что 12 человек в стране получают лечение, значит, им нужно обеспечить жилье, вряд ли колонки можно раздать по всем городам. Это вопросы уже совсем не медицинские, но их тоже надо решать, потому что иначе больные дети погибают.

В Формулярном комитете РАМН создали профессиональную службу, это организация, не имеющая статуса юридического лица. Задача — объединить специалистов, общества пациентов с тем, чтобы решать эти проблемы. Здесь присутствует очень много обществ пациентов, мы впервые собираем представителей разных обществ. Обычно каждый занят своим делом и все думают, что будут решать свои проблемы отдельно. По отдельности мы с вами ничего не решим.

В Формулярный комитет РАМН мы пригласили Юрия Александровича Жулева, чтобы координировать деятельность обществ пациентов. Он является Президентом всероссийского общества гемофилии, а на самом деле — «паровозом» для многих других обществ. Он очень много сделал в плане внедрения пациентов в государственные структуры, проведение проблем через Минздрав, получение денег и т. д. Мы считаем, что его опыт бесценен и очень полезен будет для других, потому что проблемы на самом деле административные и юридические общие.

Александр Владимирович Саверский — Президент общественной организации «Лига защитников пациентов». Вы все его, наверно, хорошо знаете, организация достаточно известная, она все время мелькает в СМИ, очень много и активно занимается вопросами, связанными с не оказанием или неправильным оказанием медицинской помощи, юридической помощью пострадавшим. В последнее время он дошел до профилактических мероприятий в виде специальной телепрограммы, где разбираются уже состоявшиеся случаи с разных точек зрения — врачей, юристов, пациентов, шаманов. Это очень полезно, потому что впервые публично стали говорить о том, что происходит в нашей стране, до какого кошмара люди опускаются: мастопатию лечат, выпивая деготь, и т. д.

Ольга Игоревна Симонова — профессор Института педиатрии Научного центра здоровья РАМН, специалист по муковисцидозу. Это одна из очень известных болезней, о ней много говорят.

Ю.А. Жулев. За последние годы политика государства в сфере лекарственного обеспечения меняется к лучшему. Впервые государство начало выделять очень большие средства на дорогостоящие медикаменты. И очень серьезно высветился вопрос управления про-

граммой, контроля за ее реализацией, оценкой эффективности.

Вы помните, в прошлом году, весной активно проводились пресс-конференции, встречи с журналистами и с властями по вопросам ДЛО. Как один из шагов по преодолению проблем программы ДЛО было принято решение вычленения ряда дорогостоящих медикаментов из этой программы в отдельную программу по 7 нозологиям. Были проведены встречи с представителями организаций больных, все 7 нозологий представлены очень активными людьми. Сегодня уже новые организации пациентов активно подключились к работе. Мы никогда не забываем благодарить власти, потому что изменение качества жизни пациентов нельзя ни с чем сравнить: эти дети и взрослые пациенты впервые себя почувствовали людьми и смогли полноценно жить и быть полноценными гражданами нашего общества.

Но пока все те же проблемы остаются в новой программе. Речь шла о том, что уровень лекарственного обеспечения этих 7 нозологий будет как минимум на уровне 2006 г., вы знаете, что это наиболее благополучный год в программе ДЛО. По деньгам и по объемам лекарственных средств закладывалось определенное увеличение. Что, мы надеялись, позволит части региональных льготников, не инвалидам и пациентам, которые не были включены до этого в ДЛО, также получать эти лекарства.

Прошел аукцион. К самому аукциону у нас, общества пациентов, претензий нет, нам кажется, что все было проведено достаточно грамотно, цены были на достойном уровне, то есть значительно снижены по отношению к уровню ДЛО, и объем закупленных лекарств, во всяком случае, по уровню гемофилии, превысил уровень 2006 г. почти в 2 раза. Это позволяло надеяться на то, что мы изменим качество лекарственного обеспечения данной группы пациентов.

В то же время мы уже в конце прошлого года обратили внимание Министерства здравоохранения на проблемы, которые могут возникнуть в ходе реализации новой программы. Здесь у меня письмо от 31 октября 2007 г., я его предоставляю корреспондентам, где мы выражаем опасение, что данных пациентов эти лекарства выводят из программы ДЛО в некую программу. Но ее только называют программой, на самом деле, ни в одном документе слово «программа» вы не найдете. Каков будет порядок получения

этих лекарств и распределения по стране? Он практически отсутствует. Образовался правовой вакуум в лекарственном обеспечении этих пациентов, при всем при том, что деньги выделяются огромные, порядка 32 миллиардов рублей в год.

Было написано нами официальное письмо в Минздрав и получен ответ, вы с ним можете ознакомиться. Если коротко, то выдача лекарств — это ответственность субъекта Федерации. Но ведь здесь идет разрыв: с одной стороны федеральные деньги, централизованная закупка, и в умах общественности и пациента это ответственность федеральных властей. С другой стороны, конкретный порядок выдачи этих лекарств, и вы знаете, что именно на этом спотыкается вся система, сброшен в регион. И, к сожалению, то, о чем мы предупреждали и то, к чему не прислушались в Минздраве, случилось — в январе начался хаос.

Пациентов в некоторых регионах, например, во Владимирской области с тяжелым поражением суставов, заставляют за 200–300 км добираться каждый месяц до областного центра, хотя раньше по программе ДЛО они все эти лекарства получали по месту жительства в ближайшей аптеке. Это касается не только больных гемофилией, но и других пациентов. Разве мы можем считать, что уровень лекарственного обеспечения и доступности лекарств сохранен? Нет, конечно.

Проблема очень серьезная: несмотря на значительное увеличение объемов лекарств, повсеместно в регионах по многим нозологиям, входящим в эту программу, происходит урезание дозировок, и никто не может объяснить, почему это происходит. Дозировки урезаются иногда в разы.

Цитирую обращение из Рязанской области. «Дозировки препаратов больным гемофилией на 1-е полугодие первоначально были снижены по сравнению с 2-м полугодием 2007 г. в среднем на 1/3. За счет перераспределения препаратов 2-х умерших в конце 2007 г. больных гемофилией А, их удалось несколько удержать только некоторым больным, так как больные гемофилией В в 2007 г. не умирали, им оставлена заниженная дозировка препаратов». Здесь письма из Тулы, Орла, Воронежа, Челябинска и т. д.

Иногда нас пытаются обвинить, что мы накаляем обстановку. Я сам болен гемофилией, и моя ответственность — донести до вас голос этих пациентов. Пациенты зачастую чувствуют себя обманутыми, пациенты, к сожалению, увидели уменьшение дозировок и ухудшение системы доставки этих лекарств. И мы ставим перед властями вопрос о том, что нам необходимо всем вместе разобраться, что происходит. Тут мы полностью поддерживаем инициативу, которую озвучил П.А. Воробьев, о создании профессиональных служб.

Начало на стр. 7 ↗

Отсутствие правового механизма выдачи лекарств породило общие для всех нас — я имею в виду 7 нозологий — проблемы. В регионах не знают, имеет ли пациент право получать лекарства, если он не на инвалидности? Это самый типовой вопрос. Что делать с отказниками от социального пакета? С одной стороны — нас же вывели из программы ДЛО, и никакого отношения этот социальный пакет к нам не имеет, почему тогда в регионах отказывают в лекарствах таким отказникам? Что делать с новорожденными, новыми пациентами, которым только что поставили диагноз? Ведь туда входит и онкология, мы не можем с вами прогнозировать с точностью до пациента, сколько пациентов будет с онкогематологией во втором полугодии 2008 г. Механизм резерва, механизм изменения дозровок внутри этой системы просто отсутствует. В массовом порядке мы в январе сталкивались с тем, что люди, получившие до этого лекарство, приходили в аптеки, и им говорили, что их препаратов в регистре нет. К сожалению, опять вопрос с регистрами, реестрами пациентов. По-прежнему пациенты узнают, что их не существует с точки зрения бюрократии. В списках живых не значатся...

Обо всем этом мы написали в Минздрав. Мы готовы к диалогу и считаем, что государство немедленно должно предпринять определенные шаги, чтобы отладить систему. Выделены огромные бюджетные средства, и мы не менее, чем государство, заинтересованы, чтобы эти бюджетные средства тратились эффективно и целенаправленно.

Всего-то речь идет, по оценкам Минздрава, о 60 тысячах пациентов. И если государство не может отладить систему лекарственного обеспечения 60 тысяч населения, то что же говорить о лекарственном обеспечении всего остального населения. Мы считаем, что на этих дорогостоящих заболеваниях государство должно отработать четкий механизм лекарственного обеспечения других категорий граждан.

Я прошу прощения, может быть, за излишне жесткий тон, но пациенты, дети и взрослые, больные гемофилией, за которых я отвечаю, меня бы не поняли, если бы я не говорил об этих вещах. Закончу я свое выступление тем, с чего начал: государство впервые за эти годы стало тратить огромные деньги, поворачиваться к нам лицом, и мы очень опасаемся того, что ошибки в управлении таких программ — они могут повлечь обратную реакцию, и мы надеемся, что совместными усилиями эти негативные тенденции можно преодолеть.

П.А. Воробьев. Теперь предоставим слово противоположной команде — команде специалистов. Ольга Игоревна Силина, занимается проблемами муковисцидоза.

О.И. Силина. Для меня большая честь и очень большая ответственность выступать сегодня от имени профессионалов и отстаивать, защищать права людей с муковисцидозом. Завтра будет день редких болезней, а 21 ноября 2007 г. был день муковисцидоза, он праздновался 2 раз в Европе. Муковисцидоз дословно переводится как «вязкая слизь». Это заболевание, при котором у человека экзокринные железы вырабатывают секреты повышенной вязкости и наступает время, когда эта вязкая слизь создает необратимые изменения, особенно в легких, поджелудочной железе, печени, кишечнике. Если такой человек не получает необходимые лекарства, с того момента, как только поставлен диагноз, он обречен на очень тяжелые осложнения, заболевание будет развиваться. На сегодня в России около 1700 людей с муковисцидозом. Я говорю — людей, а не пациентов или больных, чтобы подчеркнуть, что это точно такие же люди, как мы с вами, просто у них есть такая беда. Но по подсчетам в России должно быть 8 тысяч. То есть около 6 тысяч таких пациентов не диагностированы и, соответственно, не получают лечение. У меня в руках письмо пациентки с муковисцидозом из Томска, ей 27 лет, она сама врач. Она понимает свое положение и пишет о том, что лишена лекарств, что чиновники ей отвечают, что лекарства получают пациенты с муковисцидозом до 16 лет. Все, кто старше — за свой счет. Она жива только благодаря помощи детей с муковисцидозом и их родителей, которые дают ей лекарства. Эта ситуация ни в какие рамки человеческого понимания не укладывается.

Я работаю с детьми от рождения, когда им ставится диагноз муковисцидоз, и до 18 лет. Это необыкновенно одаренные дети. Природа чего-то не дала, зато другим сполна одарила. Они хорошо рисуют, пишут стихи, посещают детские сады, прекрасно учатся в школе, поступают в ВУЗы, заводят семьи. Все это зависит только от того, будут они получать лечение или нет. В данный момент большие проблемы с лекарственным обеспечением этой группы.

Работают какие-то команды, создают какие-то стандарты, а я не могу понять, кто эти люди, которые пишут стандарты, почему нельзя привлечь к работе профессионалов, которые знают проблему и каждый день работают с ней. На самом деле препаратов, которые нужны для лечения муковисцидоза, немного, всего-то 4 позиции: ферменты, муколитики, антибиотики и еще препарат, поддерживающий нормально работу печени. Почему чиновники не хотят этого понимать? Почему это понято касательно диабета, что диабетика лишит инсулина нельзя?

Еще хотелось бы озвучить, что успехи, которые достигнуты в России и мире, достигнуты благодаря тому, что мы работаем в очень тесной связке с родительской ассоциацией. У нас очень хорошие родители, образо-

ванные, очень помогающие врачам. И в этой связке очень хорошо работают фирмы, которые позволяют буквально выживать этим пациентам. Например. Такой пациент очень нуждается в наличии компрессивного небулайзера (специальный ингалятор), это недорогая вещь, стоит 9—10 тысяч рублей, но приобретается один раз в жизни, часто — за счет благотворительных расходов фирм. Многие люди с муковисцидозом лишены такой возможности, ведь им приходится еще и лекарства покупать. Ни один бюджет российской семьи не выдержит таких расходов.

П.А. Воробьев. В стандартах-то все препараты есть, зря вы на стандарты наезжаете, они достаточно хорошо сделаны по муковисцидозу. Там нет внутривенных антибиотиков — это правда, их исключили и из ДЛО под надуманным предлогом, что они только для стационара. Проблема муковисцидоза многогранная, она высвечивает многие проблемы нашего здравоохранения: больной муковисцидозом получает один препарат по программе 7-ми дорогостоящих технологий, креон в ДЛО, но получить его проблематично, антибиотик, а это больные с очень тяжелыми легочными инфекциями, — их выкинули из ДЛО. В результате пациенты их получить не могут. Стоимость этих антибиотиков колоссальна, значит, нужно ложиться в стационар. Но и в стационаре этих препаратов, как правило, нет... Получается 3 источника, 3 составные части, а в результате пациент мечется между всеми этими структурами, не получая адекватного лечения.

А.В. Саверский. Я хотел бы немножко пооппонировать Юрию Александровичу — государство стало действительно лучше относиться к пациентам, в частности, к «дорогостоящим», но я не стал бы это оценивать как какое-то одолжение со стороны государства. Так должно быть вообще. Есть понятие права. Мы строим правовое государство, и должны научиться мыслить категориями права. У нас есть право на охрану здоровья, это право является приоритетным по отношению ко всем другим правам. Таким образом, у каждого из нас есть право обратиться в суд и требовать выполнения со стороны государства этого права в реальности. А не как декларативного. Это очень мощный документ, и я надеюсь, что наше общество вместе с нами будет учиться им пользоваться.

Что касается дорогостоящих нозологий, я должен сказать, что государство в этом году себя повело опять не по-государственному. Появилась строка в федеральном бюджете, достаточно наполненная. Но никакого порядка, никаких процедур, никаких подзаконных актов нет. То есть деньги есть, а что с ними делать — непонятно. Общая проблема государственного менеджмента. Из программы ДЛО вышло 70% людей, так для кого эта программа? Сплошное латание дыр. Сегодня возникла проблема, мы ее решим, и эту решим, но проблемы все усложняются, усложняются и усложняются. Нельзя так работать.

Мы в прошлом году говорили, нет — кричали — каждый свой шаг с нами согласуйте, просто чтобы обществу понимать, что происходит. Часто происходит что-то не так из-за неправильного понимания. Власти в регионах не понимают, что происходит, что от них хочет федеральная власть... Все купили, вы что, распределить не можете, что ли... Но на самом деле в действительности распределение такого федерального заказа — это очень сложная управленческая проблема, которую ни один субъект федерации решить нормально не может, просто потому, что там менеджеров соответствующего уровня нет. Вы понимаете, что такое отдать на откуп субъектам Федерации вопрос обеспечения федеральными деньгами и федеральным порядком закупок. Просто никто не был готов. Так делать нельзя. И каждое государственное решение должно быть подготовлено.

В прошлом году Общественный совет при Росздравнадзоре, который я возглавляю, и Юрий Александрович является его членом, принял решение об отмене монетизации льгот вообще. Мы считаем, что льготы на лекарственные средства не могут быть монетизированы. Если людям нужны лекарства, они должны их получать. Что это за странность такая — «давайте деньгами отдадим»? Может быть, надо просто научиться нормально обеспечивать людей лекарствами? А не откупаться копейками? Государство пытается себя избавить от тех функций, с которыми оно не справилось. Перекладывает их на людей, субъекты Федерации.

У нас сегодня в «Лигу пациентов» идет 2—3 обращения в день с проблемами в области лекарственных средств и примерно одно обращение в неделю в области обеспечения дорогостоящими препаратами. Я не могу сказать, что это федеральная статистика, это всего лишь офис «Лиги пациентов» в Москве. Тем не менее, это симптоматично, потому что в 2005 г. и в первой половине 2006-го г. вообще по этим вопросам не было обращений. То есть люди более-менее все получали. С другой стороны, нельзя не учитывать психологию людей, они начали привлекать к хорошему, и теперь для них жизненно необходимо это получать. А выдавать перестали, и люди начали жаловаться.

Мы считаем, что необходим федеральный закон, отдельный или существующий в структуре нынешнего законодательства о гарантиях. Есть деньги в бюджете, а права получить лекарства нет. То есть я как юрист должен построить длинную цепочку от того приоритетного права, о котором я говорил вначале, до того, что человек нуждается именно в конкретном препарате. Ее можно, конечно, построить, но четко сказать, что у меня есть право получить такой-то конкретный препарат и у меня есть в законе специальная норма, — такого права нет!

В федеральном законе должна быть прописана вся процедура формирования баз данных по пациентам, потому что сегодня с этим полный бардак: у общественных организаций одни цифры, у государства другие, у фармкомпаний третьи. Вопрос доставки на дом должен быть решен законодательно. Препараты настолько дорогие в данных нозологиях, что стоимость доставки на дом будет мизерная по сравнению с этой стоимостью. Дешевле содержать федеральные склады и курьерскую службу, нежели распределять эти препараты через дистрибуторов, где идут накрутки в 25%. И отдельная проблема, о которой сегодня не говорили, это проблема ввоза в Россию незарегистрированных препаратов. Фармпроизводители зачастую не хотят зарегистрировать потому, что это дорого, невыгодно.

П.А. Воробьев. 27 февраля проблема по регистрации препаратов обсуждалась на коллегии Росздравнадзора. Какие-то телодвижения по этой проблеме делаются, но пока они, прямо скажем, не очень большие.

Вопрос от Московской правды: Вы сейчас много говорили о регионах, а как обстоят дела с лекарственным обеспечением в Москве?

Ю.А. Жулев: Один из парадоксов нынешней ситуации заключается в том, что уже в марте больные гемофилией могут столкнуться с тем, что почти 300 человек в Москве останутся без лекарств. Это при том, что Москва всегда отличалась наибольшей степенью удовлетворенностью нужд пациентов. Почему? Потому что эта система так называемая, защиты заявок в Минздраве, привела к тому, что заявка города Москвы была урезана по большому гемофилией более чем в 2 раза. Мы обратились в Правительство Москвы к вице-мэру Швецову, в департамент здравоохранения города Москвы. Насколько мы знаем, принято решение о том, что Москва будет дополнительно закупать лекарственные средства для гемофилии, муковисцидоза, рассеянного склероза.

По нашим подсчетам, по непонятным для нас причинам, если в ДЛО Москва вкладывала порядка 25% средств, расходуемых на гемофилию, то сейчас эта цифра возрастет до 50% и более. Ситуация для нас нервная. Это люди не инвалиды, как многие думают, это адвокаты, экономисты, студенты, молодые ребята, живущие нормальной жизнью, а в марте им скажут, что не осталось лекарств, и они сядут в инвалидные коляски. Я считаю, что большего позора для нас испытать невозможно.

П.А. Воробьев. Я добавлю, что здесь нет никакой вины московских властей, и федеральных властей вроде вины нет: здесь есть общий бардак в здравоохранении страны. Не виноват вроде бы никто, система здравоохранения сегодня выглядит у нас так, что сколько вы туда денег, лекарств, оборудования не давайте, больные их все равно не получат. Это парадокс, но это факт. В 2 раза увеличить количество препарата в стране с тем, чтобы сократить дозы у больных. Вы можете это объяснить как-нибудь?

Ю.А. Жулев. Летом мы встречались с Зурабовым, осенью с Голиковой, с заместителем министра Стародубовым, с представителями Росздравнадзора, Росздрава. Но ни специалисты, ни общества пациентов на данный момент не могут ответить, как распределены эти препараты. Кроме информации о конкурсе: о том, что аукцион прошел и закуплено столько-то, дальше для нас terra incognita. А дальше для меня, как представителя пациентов — вот индикатор — стопка их писем. Мы хотим понять, что происходит. Информации о том, как работает эта система, как распределяются препараты, нет. Нам ведь нужна информация, чтобы провести анализ, может, мы ошиблись где-то...

Вопрос газеты «Газета». Как видится система финансирования программ по лекарственному обеспечению нозологий, по которым сегодня деньги не выделяются, этих нозологий ведь значительно больше, чем муковисцидоз и гемофилия. Должны ли это быть соплаты или сугубо государственное обеспечение. Давайте опустимся на землю — это очень дорогостоящие препараты и, может быть, всего финансирования здравоохранения будет недостаточно, чтобы полностью их оплатить. Могут быть какие-то приоритеты из 2,5 тысяч диагнозов. Как решали эти проблемы в других государствах, может быть, взять эти решения за основу. Вчера ассоциацией производителей импортных препаратов было сделано заявление о том, что некие алгоритмы по этому поводу созданы, возможно ли движение к общегосударственным документам совместное?

П.А. Воробьев. Начну с ответа на 2-й вопрос. К сожалению, я не знаю, что создано, поэтому надо посмотреть. Конечно, нужно заниматься активно, мы несколько раз пытались вмешиваться в регистрацию, писали письма с просьбой ускорить регистрацию без проведения клинических испытаний, потому что клинические испытания в этой ситуации просто смешны — больных очень мало. И вроде у нас получалось. Испытания на самом деле — большая проблема во всем мире, потому что вроде как нельзя регистрировать без клинических испытаний, но если препарат четко и однозначно работает у конкретного человека, то тут педантичному соблюдению правил не место. Во всем мире статус сиротских препаратов позволяет регистрировать их по укороченным программам и собирать информацию об эффективности и безопасности уже после того, как препараты зарегистрированы. Эта процедура носит название «изучение реального мира» или «исследование регистра». Мы готовы принять участие, строго говоря, мы не большие специалисты в регистра-

Начало на стр. 1, 4

За несколько секунд до того, как аппарат начнет пищать, подходит медсестра, измеряет температуру или еще что-то и нажимает кнопку на инфузомате. Скорость вливания увеличивается каждые 15 мин с 8 до 16 мг/час, затем до 32. Проходя мимо, врачи кидают взгляд на скорость, которая отображается на инфузомате, личико ребенка и отметки на специальном бланке. Все движения и взгляды отточены до автоматизма.

Мальчик довольный, не уставший. Он занят игрушками, вкусностями, с удовольствием позирует. Остается час инфузии, и Павлик решает проверить прочность катетера. В мгновение ока хватается за тоненькую трубочку, и у меня замирает сердце. Скороговоркой повторяя: «help me, please», я влетаю на рецешен. Почему английские слова? Да кто же знает, почему, но русских-то никто точно не поймет. Переглянувшись все спокойно продолжают работать, одна медсестра медленно и улыбочиво начинает говорить, что я хорошо выгляжу и отлично говорю по-английски. Понимаю, что лукавит, и очень пугаюсь. В это время мы уже возле ребенка. Оказывается, что все мои страхи напрасны. Катетер надежно зафиксирован двумя пластырями, сверху еще пара наклеек, затем эластичный тоненький бинтик до кисти. Глядя на мои испуганные глаза, медсестра берет шину и

прибинтовывает к ручке. Больше у Павлика не возникало желания потревожить катетер.

Самым сложным в процессе вливания оказалось часовое ожидание разрешения отправиться домой по окончании процедуры. Это время необходимо находиться под наблюдением медиков во избежание проявления нежелательных побочных эффектов. Все благополучно закончилось...

Самые сложные вливания — с 6-го по 8-е. Наблюдения показали, что именно они часто сопряжены с всякими побочными проблемами.

Я понимаю, что одно вливание не может дать ошеломительного эффекта, но слюнотечение приостановилось, язычок спрятался, мальчик около часа играл вечером в паззлы, разговаривал и смеялся. У нас уже в течение вливания цвет лица из землистого стал розоватым.

15 марта 2008 года

Я понимаю, что с одного капания ничего не может кардинально измениться, но мальчик приобрел розовый цвет лица, может удерживать язычок во рту, спал ночью и днем вздремнул после гимнастики. Волосочки у него стали шелковистые, на воздушный поцелуй отвечает. В автобусе мы увидели малышку в коляске и Павлуша сказал: «Ляля». Вечера вечером мальчик занимал себя складыванием паззлов достаточно долго, сегодня опять играл самостоятельно. Это не желаемое за действительное.

Начало на стр. 7, 8

ции, но тем не менее, проблема требует решения. Как и требует решения проблема ввоза незарегистрированных препаратов, потому что опять же она во всем мире решена. В Белоруссии незарегистрированные препараты ввозятся в течение 24 часов, в Украине в течение 24 часов, а мы не можем месяцами с таможни достать эти препараты.

По поводу 1-го вопроса: Я вообще считаю, что все программы лекарственного обеспечения как программы должны быть уничтожены. Не может существовать никакой программы ДЛО, льготы — это какой-то бред, пережитки 80—90-ых нищих годов. Деньги все легко считаются, известно, сколько сегодня стоит рынок лекарственных препаратов. Что, у государства нет этих денег? Есть. Что, государство не может обеспечить своих граждан этими препаратами? Может. Часть этого рынка — это стационарные препараты, часть — препараты-пустышки, которые никому не нужны. Но они занимают 20—30% затрат этого рынка, и их легко можно вычленил и выкинуть из государственного платежа, оставив только жизненно необходимые. На остальные препараты цивилизованный мир устанавливает референтные цены, единые для всех препаратов данной группы, торгуются напрямую с производителями, вводят квоты по поставкам и т. д. Цивилизованный мир это все решил, тут не надо изобретать велосипеда.

Это у нас так получилось, что сиротские технологии вдруг оказались впереди всех остальных, во всем мире решены обычные, банальные проблемы с лекарствами обычными — гипотензивными, мочегонными, противоастматическими и т. п. А у нас это не решено. Дали деньги на относительно редкие нозологии, и тут же споткнулись об отсутствие какой-либо действенной системы здравоохранения в стране. Ведь на самом деле ее нет — системы здравоохранения в стране. Вот вы получили справку о состоянии дел с

распределением этих препаратов по 7 нозологиям, там есть такие вещи, от которых становится странно как-то: «Не подписан акт сдачи препаратов», это кажется идиотизмом. Но на самом деле по существующему положению вещей, завтра приходит прокуратура, которая сажает руководителя здравоохранения или склада в тюрьму, поэтому они боятся все эти бумажки подписывать. Вместо того, чтоб заниматься больными, люди заняты какими-то формальными процедурами, которые при этом еще и не прописаны и каждый из них еще должен изобретать свой собственный велосипед.

Ю.А. Жулев. Акт приема-сдачи как раз прописан в Постановлении Правительства, а то, что до пациента это лекарство должно дойти — этого нигде не сказано. Правовой вакуум. Существует постановление правительства во исполнение этой бюджетной строки, но там описано, как закупить и как по акту передать в субъект. И все...

А.В. Саверский. А дальше 87 процедур, созданных на колесках. Ведь проблема в элементарном менеджменте. Это не могло не привести к кризису очередному.

П.А. Воробьев. Кстати, сегодня тоже самое с программой ДЛО — тоже 87 схем реализации этой программы. Деньги переданы в субъекты, а дальше-то что?

Я благодарен всем, кто пришел сегодня поддержать нас в этой теме. Больных хоть и мало, но они могут либо жить здоровыми, либо умереть молодыми, предварительно инвалидизировавшись и потребив бешенные ресурсы здравоохранения. Я надеюсь, что мы еще сможем много сделать на этом пути. Я хочу поблагодарить газету «Газета» за тот небольшой скандал, который они сделали в течение нескольких последних дней по одному больному мальчику в Ленинграде: пациенту пробили поездку и лечение в Германию. Это не системное решение, конечно, но это очень важно, это позволяет обсуждать проблему и показывает, что возможно решение конкретных судеб.

ИнтерНьюс

В ближайшее время в России будет существенно усовершенствована система оказания кардиологической помощи населению, сообщил в интервью руководитель Федерального агентства по здравоохранению (Росздрав) Юрий Беленков.

Беленков напомнил, что сегодня 56% смертей — чуть более 1 миллиона — в нашей стране происходит по причине сердечно-сосудистых заболеваний. «Примерно 27 миллионов россиян имеют повышенное артериальное давление, еще 10 миллионов страдают в той или иной степени ишемической болезнью сердца», — сказал Беленков. Он отметил, что согласно данным диспансеризации, проведенной в 2006—2007 гг., только 30% населения страны являются абсолютно здоровыми. Глава Росздрава заметил, что до сегодняшнего дня значительное внимание уделялось финансовой поддержке первичного звена здравоохранения, а также строительству высокотехнологичных медцентров, где россияне смогут получить дорогостоящую помощь, пройти операцию или полномасштабное обследование. В частности, к 2009 г. в стране должно быть построено 7 высокотехнологичных медицинских центров в области сердечно-сосудистой хирургии, первый из которых был открыт в конце прошлого года в Пензе. «Между тем, между первичным звеном и центрами высокотехнологичной медпомощи есть очень большой пласт медучреждений», — указал Беленков. Он сообщил, что сегодня необходимо восстанавливать и переоснащать кардиологические диспансеры. К сожалению, в 44 регионах России таких учреждений нет в принципе. «Несмотря на то, что практически полностью переоснащен парк машин скорой медицинской помощи, у нас в ряде регионов не снижается смертность от инфарктов миокарда. Это значит, что необходимо внедрять в работу скорой медицинской помощи современные методы лечения этого заболевания», — сказал Беленков. По его мнению, в России необходимо возродить работу бригад кардиологической скорой помощи. Глава Росздрава отметил, что оказание высокотехнологичной медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями позволят снизить смертность в России на 12—15%. Дальнейшего устойчивого снижения смертности мы можем добиться только за счет профилактики, важнейшим компонентом которой является изменение образа жизни россиян и отношения к своему здоровью. По его словам, профилактика требует больших координационных усилий не только на медицинском уровне, но и в среде политиков, законодателей, СМИ. «Это проблема ментальности людей, нам надо делать так, чтобы человек сам активно участвовал в программах по поддержанию своего здоровья. Только тогда мы получим стойкий эффект», — сказал Беленков. Как сообщил заместитель министра здравоохранения и социального развития Руслан Хальфин, сегодня в России проводится всего лишь 17 тысяч стентирований, в то время как в США ежегодно проводится более 1 миллиона таких операций. Хальфин сообщил, что помимо создания высокотехнологичных центров медпомощи, с этого года в 12 регионах РФ реализуются пилотные проекты по созданию на базе областных, городских и больниц скорой медицинской помощи, отделений сосудистой патологии. Такие центры сосудистой патологии будут прежде всего заниматься неотложными состояниями, такими, как инфаркты, инсульты», — сказал Хальфин.

Источник: РИА Новости

Доктор Смерть собрался в Конгресс

Бывший врач Джек Геворкян, более известный как «доктор Смерть», активный сторонник эвтаназии Кеворкян, вышедший на свободу после 8 лет тюрьмы в июне 2007 г., заявил, что будет баллотироваться в Конгресс как независимый кандидат. На сайте Oakland Press уточняется, что 79-летний Кеворкян решил пойти в конгрессмены, желая «честности и откровенности» в «коррупцированном Вашингтоне». Для того, чтобы выставить свою кандидатуру, «доктору Смерть» надо собрать 3000 подписей в свою поддержку до 17 июля 2008 г. Считается, что он самовольно помог уйти из жизни 130 пациентам с помощью специальных инъекций. «Доктор Смерть» по-прежнему является активным сторонником эвтаназии и призывает к ее легализации.

Источник: medportal.ru

Уважаемые господа!

Со второго полугодия 2008 года Издательство НЬЮДИАМЕД начинает выпуск нового журнала
КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ И ФАРМАКОЭКОНОМИКА

Миссия журнала — объединение усилий клинических фармакологов, специалистов по фармакоэкономике, медицине доказательств и фармакоэпидемиологии для развития системы рационального лекарственного обеспечения в России и содружественных странах, что реализует принципы справедливости и общедоступности медицинской помощи.

Целью создания журнала является обеспечения качества медицинской помощи с использованием формуляров и стандартов на основе современных достижений клинической фармакологии. Журнал является печатным органом МОО «Общество фармакоэкономических исследований» (МОООФИ — RSPOR), Евразийского альянса обществ фармакоэкономических исследований (EVRASPOR), ассоциации клинических фармакологов Санкт-Петербурга, Формулярного комитета РАМН.

Основные проблемы и темы журнала: фармакокинетика и фармакодинамика, фармакогенетика, фармакоэкономика и клинико-экономический анализ, фармакоэпидемиология, формулярная система — руководства, перечни, стандартизация и управление качеством лекарственной терапии, медицина доказательств, редкоприменяемые лекарства, негативные перечни лекарств, жизненная важность лекарственных средств, диагностические лекарственные средства, регистрация лекарственных средств, клинические испытания, этика и лекарства, ценообразование и референтные цены, экономика фармации, юридические проблемы фармакотерапии, БАД, безрецептурные препараты и ответственное самолечение, фармакогеронтология, педиатрическая и акушерская фармакология, безопасность лекарственных средств.

Подписаться на наш журнал вы можете:

1. Через агентство РОСПЕЧАТЬ, каталог «ГАЗЕТЫ И ЖУРНАЛЫ» Индекс журнала — 70182.
2. Через редакцию журнала, заполнив бланк-заказ и оплатив указанную сумму (журнал высылается по Вашему адресу в конверте).

Бланк-заказ на подписку журнала на второе полугодие 2008 г. в редакции (журнал высылается по Вашему адресу в конверте).
 Ваш адрес просим указывать ПЕЧАТНЫМИ буквами.

Ф.И.О. подписчика	Почтовый адрес доставки (индекс обязательно)	2 полугодие	
		Номера журнала	
		3	4
		Цена одного номера в руб.	
		350	350
		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.zdravnigma.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

Почистим кишечник или сожжем

В Центральном военном санатории Пятигорска медсестра по ошибке поставила отдыхающим клизмы с перекисью водорода. В общей сложности опасную клизму получили 80 человек, из них 17 были госпитализированы с ожогами слизистой прямой кишки. В больнице пациенты получили консервативное лечение, без хирургического вмешательства, состояние всех 17 пострадавших удовлетворительное, сообщил главврач центральной городской больницы Пятигорска С. Маршалкин. Он предположил, что отдыхающим в санатории поставили клизму с 3% раствором перекиси водорода. По последним данным, все 17 пациентов были выписаны из стационара и отправлены на долечивание в военный санаторий. Проведенное обследование позволило сделать вывод, что их здоровью ничто не угрожает, сообщил представитель администрации больницы. По информации председателя министерства здравоохранения Ставропольского края, пострадавшим по ошибке было введено по 10—15 миллилитров 6%-ного раствора перекиси водорода. Предполагается, что медсестра, ставившая клизмы, перепутала перекись водорода с обычной водой.

Вся история выглядит какой-то фантастикой, трудно представить себе такое количество заповор — 80, если не вспомнить, что в санаториях теперь самая «красочная» процедура — гидрокотерапия. И клизма в 10—15 мл выглядит идиотизмом. Скорее всего, речь идет о массовой подготовке военных к промыванию кишок.

Источник: Medportal.ru

Как похудеть на 260 килограммов?

Житель американского штата Небраска сумел похудеть почти на 260 килограммов без липосакции и операций по уменьшению объема желудка. По словам мужчины, вернуться к нормальному весу ему помогли овощная диета и физические упражнения. 68-летний Дж. Лапиц едва не погиб из-за ожирения: его вес превышал 320 килограммов. Питаясь в основном фаст-фудом, американец потреблял ежедневно не менее 10 тысяч килокалорий и почти не выходил из дома. Единственными людьми, с которыми он поддерживал связь, оставалась его невестка, а также женщина, доставлявшая пищу на дом. Дж. Лапиц решил изменить свою жизнь после того, как перестал помещаться в душ. Он решил есть меньше сэндвичей и больше овощей, а затем начал совершать регулярные пешие прогулки: сначала из комнаты в комнату, а затем и по улице. В конце концов его маршрут увеличился до 12 миль в день. За 5 лет усиленных тренировок он похудел больше чем на четверть тонны, и сейчас его вес составляет около 65 килограммов. Слова Дж. Лапица подтверждает его бывший лечащий врач, сотрудник Медицинского центра Небраски Р. Холлинз. «Это весьма необычный случай, однако известны и другие люди, сбросившие большую массу только благодаря изменению стиля жизни», — отмечает он. По его словам, эффективность диет и физических упражнений зависит прежде всего от силы воли больного, поэтому случай Лапица может стать хорошим примером для других американцев.

Источник: mta.ru

Риск избыточного веса на три четверти определяется генами

Избыточный вес у детей в большей степени обусловлен генетической предрасположенностью, а не является результатом неправильного образа жизни. К такому выводу пришли британские ученые по результатам исследования с участием 5000 пар близнецов. Профессор Дж. Вардл из Университетского колледжа Лондона проанализировала данные об индексе массы тела и окружности талии однояйцевых и разнояйцевых близнецов в возрасте 8—11 лет. Ученые выяснили, что различия в индексе массы тела и окружности талии на 77% определяются генами. Таким образом, вклад факторов окружающей среды составляет лишь 23%. «Не стоит сваливать всю вину за избыточный вес ребенка на его родителей», — заявила Вардл. В то же время, высокая генетическая предрасположенность не обязательно означает, что ребенок будет иметь избыточный вес, сообщила она. Комментируя результаты исследования, ученые отметили, что родители детей, склонных к избыточному весу, должны прикладывать особые усилия, чтобы не допустить развития ожирения.

Источник: medportal.ru

ПРОТОКОЛ ПЛЕНАРНОГО ЗАСЕДАНИЯ МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ СОВМЕСТНО С МОСКОВСКИМ ОБЩЕСТВОМ ПАТОЛОГОАНАТОМОВ от 28.03.2007 г.

Председатель секции:

академик РАН и РАМН А.И. Воробьев

Секретарь: О.В. Борисенко

Повестка дня: КРУГЛЫЙ СТОЛ: «СЕПСИС»

1. Проф. О.В. Макарова (ГУ НИИ МЧ РАМН). Современные представления об иммунологических механизмах сепсиса.

По определению известного патолога И.В. Давыдовского, сепсис — общеинфекционный процесс, возникающий в связи с существованием где-то в организме болезнетворного очага. В настоящее время классификация сепсиса включает синдром системной воспалительной реакции организма на воздействие различных сильных раздражителей (инфекция, травма, операция), тяжелый сепсис, септический шок. В большинстве случаев в этиологической структуре сепсиса преобладают бактерии, индуцирующие развитие синдрома системной воспалительной реакции. Основные факторы вирулентности бактерий — это токсины и эндотоксины, которые в соответствии с механизмами их действия делятся на повреждающие клеточные мембраны, ингибирующие белковый синтез, активирующие пути метаболизма, контролируемые вторичными мессенджерами, ингибирующие высвобождение нейромедиаторов, активирующие иммунный ответ макроорганизма. Токсины, повреждая клетки, активируя иммунный ответ, участвуют в развитии синдрома системной воспалительной реакции и механизмов инфекционно-токсического шока. Пусковые механизмы воспаления при сепсисе зависят от возбудителя и реализуются на уровне макроорганизма посредством механизмов врожденного иммунитета. Грамположительные микроорганизмы «запускают» воспалительную реакцию через пептидогликаны и липотейхоевые кислоты и CD14 и TLR-2 рецепторы, а грамотрицательные — через липополисахарид, CD14, TLR4 и MD2 рецепторы. Развитие реакции организма на инфекционные агенты и ее выраженность определяется иммуногенотипом. Накоплены данные о функциональном полиморфизме генов TLR, связанном с заменами единичных нуклеотидов. Так, для гена TLR-2 описаны 2 варианта полиморфизма, связанные с заменой аргинина на глицин. В результате нарушаются сигналы на пептидогликаны и липотейхоевую кислоту, и у особей с указанным вариантом генотипа развивается стафилококковый сепсис. Таким образом, развитие сепсиса и его исходы распределяются, с одной стороны, биологическими свойствами возбудителя, с другой — адекватностью иммунного ответа макроорганизма.

2. Д.м.н. Г.М. ГАЛСТЯН, проф. С.А. ВАСИЛЬЕВ, к.б.н. А.Л. БЕРКОВСКИЙ, член-корр. РАМН В.М. ГОРОДЕЦКИЙ (ГУ ГНЦ РАМН). Сепсис. Септицемия. Септический шок. Патогенетическая терапия.

Под сепсисом мы понимаем генерализованный инфекционный процесс, протекающий с диссеминированным внутрисосудистым свертыванием крови и характеризующийся множественными органами поражениями. Сепсис многолик и может по-разному проявляться у различных категорий больных — у больных сахарным диабетом, почечной недостаточностью, акушерский сепсис, хирургический сепсис. Наиболее тяжелым является течение и проявление сепсиса у больных в состоянии агранулоцитоза — септицемия. У 79% процентов больных септицемией и септическим шоком выявляется относительная надпочечниковая недостаточность, у 16% из них — кровоизлияния в надпочечники. Нарушения в системе гемостаза при сепсисе характеризуются активацией прежде всего внешнего пути свертывания, снижением уровня естественных антикоагулянтов (протеина С, S, антитромбина III), угнетением системы фибринолиза. В результате происходит образование и отложение фибрина. Диссеминированное внутрисосудистое свертывание, нарушение микроциркуляции приводит к полиорганной недостаточности. Применение в больших дозах свежемороженой плазмы позволяет корректировать эти нарушения. Однако переливание больших объемов плазмы нередко сопровождается целым рядом осложнений, может приводить к заражению больных гемотрансмиссивными инфекциями. Новым направлением в лечении сепсиса является использование антикоагулянтов. Применение активированного протеина С в сочетании с антитромбином III у больных в состоянии агранулоцитоза позволило значительно улучшить результаты лечения септического шока. Если ранее с использованием традиционных методов лечения удавалось выписать из отделения реанимации лишь 13% больных в агранулоцитозе, перенесших септический шок, то при добавлении к этой терапии активированного протеина С и антитромбина III из 8 больных с септическим шоком в состоянии агранулоцитоза удалось выписать 5 человек (62,5%). Группа наблюдения пока мала. Требуется дальнейшие исследования для окончательной оценки эффективности и безопасности терапии.

3. Член-корр. РАМН Б.П. БОГОМОЛОВ (ФГУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой ГМУ УД Президента РФ»). Сепсис у инфекционных больных.

Сепсис встречается при многих инфекциях: гемофильной, клебсиеллезной, менингококковой, сальмонеллезной, стафилококковой, стрептококковой, эшерихиозной и др. Основа лечения — антимикробная химиотерапия и поддержание микроциркуляции. Сепсис запускает синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания, который нуждается в активном лечении для борьбы с полиорганной недостаточностью.

4. Проф. Ю.Г. ПАРХОМЕНКО (Инфекционная клиническая больница № 2, Департамент здравоохранения г. Москвы, ГУ НИИ МЧ РАМН). Сепсис с позиций патологоанатома.

Сепсис сегодня трактуется как «синдром системной воспалительной реакции на инвазию различных инфекционных агентов». Однако клиническое определение сепсиса, несмотря на лаконичность формулировки, дает повод к дальнейшей до-

ПРОТОКОЛЫ МГНОТ

вольно произвольной трактовке этиологии сепсиса, включающей не только бактериальную инфекцию, но и грибы, вирусы, т. к. термин «инфекционные агенты» дается без расшифровки.

Заболевание, вызванное грамположительной флорой, протекает по типу септикопиемии, и при этом основным морфологическим критерием генерализации инфекции является метастатический гнойный очаг. Заболевание, вызванное грамотрицательной флорой, протекает по типу бактериального (эндотоксического) шока, и при этом основным морфологическим критерием инфекции является развитие ДВС-синдрома с некрозами и кровоизлияниями в гипопифзарно-надпочечниковой системе.

5. Проф. О.В. ЗАЙРАТЬЯНЦ (МГСУ Росздрав, Департамент здравоохранения г. Москвы). Требования к формулировке патолого-анатомического диагноза.

В соответствии с требованиями МКБ-10 в заключительном клиническом и патологоанатомическом диагнозах необходимо выделение первоначальной причины смерти в качестве основного заболевания. Первоначальной причиной смерти следует считать: болезнь или травму, вызвавшую последовательный ряд болезненных процессов, непосредственно приведших к смерти; обстоятельства несчастного случая или акта насилия, которые вызвали смертельную травму. При статистическом изучении причин смерти главное требование МКБ-10 — использовать только сведения о первоначальной причине смерти, а не о непосредственной, как это до сих пор нередко имеет место в ошибочно оформленных медицинских заключениях. До сих пор не решена проблема правильного оформления и шифровки по МКБ-10 первоначальной причины смерти, даже если мы точно знаем диагноз. Также значительной проблемой является монокторный анализ смертности населения.



Заключение председателя:

Это заседание, где патологоанатомы выступили инициаторами, показало, с одной стороны, степень идеологического расхождения между нами, а другой стороны, отсутствие материального субстрата для этого расхождения. О чем мы спорим? О системном воспалительном процессе? Со мной не надо так разговаривать: я эту терминологию не пойму. Пусть она пришла из Чикаго, мне это все равно. Я не понимаю такого языка. Наш язык — язык жестких фактов. У И.В. Давыдовского определение сепсиса — инфекция из местного очага, если таковой вообще был. Нужно нам обязательно, предварительно посоветовавшись, собраться осенью — пусть будет несколько круглых столов по сепсису, но мы найдем общее решение. Сепсис — это всегда заражение крови. Например, в акушерстве — масса родовых сепсисов! Вначале запускается ДВС. Если вы вызвали диссеминированное микротромбирование — оно все равно будет заражено бактериями. Можно оставить микротромбы неинвазивными, но этим нужно заниматься. Как мы подтверждаем

Продолжение на стр. 11 ↗

П.А. Воробьев

ЛИХОРАДКА без диагноза

Издательство НЬКОДИМЕД
Москва-2008

Уважаемый доктор! Если перед Вами пациент с повышенной температурой тела, а в основе гипертермии может лежать много разнообразных заболеваний — от психических и поведенческих расстройств до нарушения терморегуляции в результате врожденных дефектов, от тяжелых инфекционных заболеваний до опухолей и системных васкулитов откройте книгу «Лихорадка без диагноза» и Вам помогут представленные в книге алгоритмы обследования, сведения об этиологии и патогенезе лихорадки.

Начало на стр. 10 ↗

ДВС? Да очень просто — оцениваем потребление факторов свертывания. И мы можем лечить ДВС. Не нужно смотреть на Бостон...

Было армянское землетрясение, наша команда туда приехала. Мы имели довольно серьезный арсенал. Приехала и американская команда, приехала и команда из Израиля, приехали немцы. Кто работал одинаково? С нами одинаково работала одна страна, которая тут училась — это Израиль. Чем была знаменита эта эпопея с землетрясением? Тем, что весь мир смотрел на успехи Америки по ампутации и изумительному протезированию ампутированных конечностей. Что было тихо, но без единой ошибки было сделано нашей бригадой? Даже при наличии демаркационной линии, даже при наличии открытого перелома под этими бетонными балками, НИ ОДНОЙ АМПУТАЦИИ! Но это ведь не Бостон, это Москва. Кто станет с ней считаться!

Вам не нравится вирусный сепсис. Извините, опоясывающий лишай или вирус простого герпеса.

Вот она появилась, полоса, и вдруг взрыв. Когда этот герпес зоостер с головы до пят и поражены слизистые оболочки. Как вы назовете это? Герпетическая инфекция? Я знаю, что в основе там лежит ДВС-синдром. Плазму ведрами лить надо, плазмаферез делать, а противовирусная терапия своим чередом.

Так же и с грибами. Есть грибы локальные, а есть генерализованное метастазирование грибкового сепсиса. Я сейчас ничего не навязываю, только говорю: друзья, давайте подготовимся к круглому столу. И затем мы наверняка по некоторым вопросам договоримся. Когда мы приехали в Штаты после армянского землетрясения для обмена опытом, мы поговорили минут 20, американцы сказали: не надо. Пусть вот этот нам прочтет серию лекций. Это был З.С. Баркаган.

Мы подготовим очередной круглый стол, вырабатываем программу действий. А международную классификацию давайте оставим в покое — она статистическая, не нозологическая. Мы лечим нозологию, и мы отвечаем жестко за научную компоненту нозологичности.

К нам в редакцию поступило письмо кандидата медицинских наук, автора знаменитой книги «Кардиалгии», выдержавшей 3 издания, фактического открывателя болезни «климактерическая кардиопатия», многолетнего члена правления МГНОТ Таисии Владимировны Шишковой. Это письмо — крик души. Крик, потому что уважаемые кардиологи, облеченные профессорскими званиями, позволяют себе публично устраивать истерику на трибуне. Речь о любителях, огол-

диографии еще в конце 30-х годов века было замечено, что ЭКГ у женщин с климактерическим синдромом обнаруживает легкое снижение ST сегмента ниже изолинии и снижение зубца Т вплоть до его инверсии, которая может быть значительно выраженной.

Клинико-электрокардиографическая характеристика патологии, вопросы дифференциальной диагностики и терапии подробно освещены в книге «Кардиалгии» (Москва, 1973 г., 1980 г., 1998 г.). Несмотря на это, как показывает опыт поликлинической работы в настоящее время, диагноз климактерической кардиопатии не ставится, а при наличии определенных электрокардиографических изменений эти больные продолжают выписываться из стационаров с диагнозом инфаркта миокарда, теперь уже «не Q-инфаркта». Автор призывает не только научных сотрудников, но и практических врачей критически взглянуть на своих пациентов в свете вышесказанного. На этом пути всех ждут интересные открытия».

Так и лепим мы тысячам больным какую-то неизвестную миру болезнь, так и не пытаемся увидеть среди массы «более в сердце» огромное число женщин, которые с этими болями живут долго и счастливо, по сорокалетним наблюдениям профессора В.Г. Попова. Клиническая картина болевого синдрома отнюдь не напоминает у них стенокардию, изменения на ЭКГ — заставшие, но пришивается им щемический диагноз. Ставятся они на учет, а из-за неэффективности лечения получают и инвалидность. Сами мы плодим, выдумываем сонм сердечно-сосудистых заболеваний, а потом плещем руками — ах, как их у нас много. Конечно, много, для такой патологии не надо ничего знать — сердце щемит — ИБС, хроник, пора на кладбище. Ну, статином закуси напоследок.

Последний перл, что услышал я на обществе — оканчивается, с блокадой левой ножки нужно теперь госпитализировать (приказ такой вышел) — пиши еще один жупел — острый коронарный синдром, на «скорую» грузи — и вперед, в БИТ. Кабы чего не вышло, вдруг там инфаркт спрятался. То, что в стандартах скорой записан как обязательный тропониновый тест — московские начальники не читали и знать не хотят. Такие клиницисты ноне, перестраховщики за чужой счет.

А вот берем те болезни, которые требуют не только исследований элементарных, от которых мир отказался лет 20 назад (типа — тимоловая проба, общий белок для голодных), и нетути их у нас. То есть, есть, но с частотой в 100, в 1000 раз ниже, чем в мире. Почему? — да всех щемической болезнью задавили. Умирает у нас от рака в 2 раза меньше больных, чем заболевает (только не подумайте, что их вылечивают — не дождетесь). И от пальной водки никто не умирает, как и от перепива нормальной водки — никто. Все — от щемической болезни, нечего нам статистику портить. А разбираться в кардиалгиях — вот еще, не барское это дело, копаться в симптомах и жалобах. Нам дай лекарства поиспытывать.

ИнтерНьюс

Греция на пути к ее собственной Государственной программе по редким болезням

Европейская Комиссия стремится, чтобы все Государства-члены имели собственные программы по редким болезням. Греция объявила о разработке собственного Государственного плана на 3-й национальной Конференции по редким болезням, организованной греческим Союзом редких болезней 13.11.07. под эгидой Президента греческой Республики.

Редкие болезни были только недавно признаны как приоритет здравоохранения греческим правительством. В настоящее время в Греции приблизительно 880 000 человек живут с какой-либо редкой болезнью. Многие из них не имеют доступа к лекарствам-сиротам. Особенно отчаянно нуждаются пациенты, живущих на островах. Много пациентов с редкими болезнями, особенно те, кто живет в отдаленных регионах, были вынуждены переместиться к Афинам, чтобы иметь доступ к соответствующим методам лечения и ухода.

В настоящее время в стране нет центра диагностики и лечения редких болезней. Отдельные медицинские услуги, доступные пациентам, не скоординированы на национальном уровне и сосредоточены только на отдельных болезнях. Есть не больше 6 квалифицированных частных центров, расположенных в Афинах, предлагающих главным образом пренатальные диагностические услуги. Большинство частных больниц специализированы на диагностических услугах за границей, главным образом в Англии.

Минздрав Греции объявил о создании комиссии по составлению греческой программы по редким болезням. План официально представлен Парламенту 29.02.08. Министром здравоохранения Димитрисом Аврамопуосом. «Одна из наших целей (почти мечта) осуществляется», говорит М. Ламброу, Президент общества, «Наша работа теперь признана, и мы ожидаем, что на многие из наших проблем будут обращать внимание».

Источник <http://www.pespa.gr>

ОБЩИЙ АНАЛИЗ

от П. Воробьева

ЩЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА

тельных приверженцах Щемической болезни сердца. Говорят им и раз и два — нет такой болезни, ее нет в Международной классификации болезней X пересмотра. Там есть глава — Ишемические болезни сердца, как и болезни обмена, и еще много чего там есть обобщающего. Нет, как попугаи твердят — щемическая болезнь, да щемическая болезнь. Прошу их, кардиологов, дать определение — ведь не может быть болезни без определения, — глазки упрямят и что-то робко, за что выгонял я с занятия еще студентов 4-го курса — про несоответствие поступления кислорода с потребностью в нем. Так ведь то не болезнь — то патогенез развития стенокардии или инфаркта. У подавляющего большинства женщин в возрасте 45—55 лет боли в области сердца НЕ ИМЕЮТ ОТНОШЕНИЯ к стенокардии, а обусловлены климактерической кардиопатией, у них, как правило, никогда не разовьется инфаркт. Возразить, предложить кардиологам нечего, берут голосом. Не будем называть фамилии. Они у всех на слуху, а присутствовавшие на заседаниях общества не раз могли наблюдать эту картину и знают, о ком идет речь.

Конечно, кандидат наук — не академик, и даже не профессор, можно на нем оттянуться. А может быть, все-таки послушать умные вещи на русском языке, а не только читать на английском. Может, все-таки допустить, что в нашей стране не гуляют медведи по улицам городов и ши лаптем мы не хлебаем? Тем более, что аргументов «против» нет. Ну почитайте книжку, которая переиздается с 1973 года. Позорище, кардиологи, вы ведь за эти 35 лет ничего не возразили авторам, ничего не доказали.

«Среди кардиалгий, которые являются симптомами очень многих болезней, как связанных, так и не связанных с собственно патологией сердца, значительное место по частоте занимают климактерическая миокардиодистрофия (кардиопатия). Свообразие «климактерического сердца» отмечали многие клиницисты, в основном немецкие авторы конца XIX века и вплоть до 20-х годов XX века. С началом применения электрокар-

Сопредседатели секции:

- Беленков Ю.Н., член-корр. РАН, академик РАМН, д.м.н., профессор
- Сандриков В.А., академик РАМН, д.м.н., профессор
- Глезер М.Г., д.м.н., профессор
- Савенков М.П., д.м.н., профессор, кардиолог
- Парфенов В.А., д.м.н., профессор, невролог
- Чупин А.В., д.м.н., профессор, ангиохирург

Программа заседания:

1. Круглый стол
2. Обсуждения
3. Доклад спонсоров

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

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

Сопредседатели секции:

- Беленков Ю.Н., член-корр. РАН, академик РАМН, д.м.н., профессор
- Сандриков В.А., академик РАМН, д.м.н., профессор
- Глезер М.Г., д.м.н., профессор
- Савенков М.П., д.м.н., профессор, кардиолог
- Парфенов В.А., д.м.н., профессор, невролог
- Чупин А.В., д.м.н., профессор, ангиохирург

Программа заседания:

1. Круглый стол
2. Обсуждения
3. Доклад спонсоров

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

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



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 дешевое — 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 путей 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.

Поздравляет!



25 марта юбилей у одного из старейших сотрудников Московского городского научного общества терапевтов Кочной Елены Николаевны. Более 30 лет она бескорыстно отдает все свое свободное время и силы на благо московской медицины и как научный секретарь Московского городского научного общества терапевтов и как ученый секретарь Гематологического научного центра РАМН. Больных можно спасать по-разному: можно на передовой, у постели больного, а можно в тылу — повышая грамотность врачей, Елена Николаевна посвятила свою жизнь последнему. Несколько поколений московских врачей выросли и сформировались как профессионалы с помощью МГНОТ и конечно его организаторов.

Елена Николаевна, дорогая! От всей души коллектив Московского городского научного общества терапевтов и «Московского доктора» поздравляет Вас с Днем рождения! Мы, как никто другой высоко ценим Вашу работу и очень рассчитываем на Вас! Здоровья, счастья, благополучия Вам!

Коллеги

25 апреля 2008 года исполняется 50 лет заведующему кафедрой гематологии и гериатрии ММА им И.М. Сеченова ФППОВ, заведующему отделом стандартизации в здравоохранении НИИ общественного здоровья и управления здравоохранением, президенту ООО МТП Ньюдиамед, главному редактору журнала «Клиническая геронтология», газеты «Московский доктор», заместителю главного редактора журнала «Проблемы стандартизации в здравоохранении», президенту Межрегиональной общественной организации «Общество фармакоэкономических исследований», сопредседателю Научного медицинского общества геронтологов и гериатров Павлу Андреевичу Воробьеву.

Трудно охватить всю многообразную деятельность Павла Андреевича Воробьева. Эту незаурядную личность характеризуют три грани: Доктор, Друг, Организатор, и во всех ипостасях он масштабен и неповторим. Каждая сторона его таланта должна быть написана крупными мазками. Это человек чрезвычайно неспокойного сердца, остро реагирующего не только на беды ближнего окружения: он готов без оглядки ринуться на помощь людям совсем незнакомым, далеким. Именно это качество не позволило П.А. Воробьеву оставаться в стороне от катастроф, обрушившихся в свое время на Спитак, Уфу, Чернобыль. И не одна жизнь была тогда спасена



благодаря активным действиям доктора Воробьева.

С годами Доктор вырос в крупного Ученого, автора многочисленных трудов, руководителя и воспитателя молодых врачей. Но П.А. Воробьеву тесно в рамках привычных занятий — преподавания, новых исследований, поисков. Его неукротимая энергия распространяется на смежные области — издательская деятельность, разработка и внедрение принципов стандартизации, позволяющей упорядочить систему отечественного здравоохранения, оптимизировать нелегкую работу врачей в России.

Традиции семьи, в которой вырос и сформировался П.А. Воробьев, с самого раннего детства заложили в этом человеке принципы абсолютной порядочности, моральной чистоплотности, горячего участия. Это щедрый и широкий человек. Он не может молчать и всегда резко отстаивает дело, принцип, направление, в целесообразности которых он уверен. Особой оценки заслуживает активность П.А. Воробьева в восстановлении имен людей, попавших под колесо репрессий в 30-е годы, и здесь снова прослеживается его тесная связь с историей и судьбой своей семьи.

Частная жизнь П.А. Воробьева не укладывается в привычные рамки обычного человека. Многолетний отец, молодой дед, путешественник и строитель, воспитатель и — страстный автомобилист и мотоциклист — во всем Павел Андреевич живет увлеченно, жадно, рискованно. Проследив жизнь П.А. Воробьева, трудно поверить, что все, что ему удалось сделать, можно уместить всего лишь в 50 лет: кажется для иных и нескольких жизней не хватит, чтобы достичь лишь малой доли того, что для него обычно, само собой разумеется. 50 лет — это значительная веха, особый рубеж, после которого должна начаться новая, еще более интересная жизнь. Пожелаем же нашему юбиляру реализовать задуманное и обрести себя в новых, ипостасях.

Коллеги

Приглашение

**«Полиней-
ропатия:
многообразие
причин»**

24 апреля 2008 года
Начало в 17.00
Вход по приглашениям

Приглашение

**«Артериальная
гипертония.
Российские
рекомендации.
Что нового?»**

22 мая 2008 года
Начало в 17.00
Вход по приглашениям

Этот год богат на юбилеи. 29 апреля 2008 года отмечает круглую дату директор издательства Ньюдиамед Буланова Валентина Александровна.

Сказать, что Валентина Александровна стояла у истоков издательства — это значит не сказать ничего.



Издательство — это ее детище, которому она отдает всю свою энергию и силы уже 16 лет.

Для такого человека, как Валентина Александровна, понятия возраста не существует. Она всегда молода душой, жизнерадостна и оптимистична. Рядом с ней легко и интересно работать. Необыкновенно трудолюбива, энергична, пунктуальна, общительна. В то же время Валентина Александровна очень отзывчивый человек. Она со всеми находит общий язык, всегда поможет, подскажет и найдет выход из затруднительной ситуации.

Обаятельная, всегда молодая, Валентина Александровна кроме всего прочего и необыкновенная рукодельница, обладающая изысканным вкусом. Каждое новое творение, созданное ее руками, неизменно вызывает удивление и восхищение женской половины коллектива. У всех на устах один и тот же вопрос — когда Вы все успеваете? Работа, домашнее хозяйство и две очаровательные внучки, для которых бабушка — авторитет и советчик и в учебе, и в сердечных делах, и в вопросах моды. И самое поразительное, что ей все это удается делать с удовольствием, как бы на ходу, не относясь к этому как нагрузке.

Коллеги

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., Бокарев И.Н., Бурцев В.И., Васильева Е.Ю., Галкин В.А., Глезер М.Г., Гогин Е.Е., Голиков А.П., Губкина Д.И., Гусева Н.Г., Дворецкий Л.И., Емельяненко В.М., Зайратьянц О.В., Заславская Р.М., Иванов Г.Г., Ивашкин В.Т., Кактурский Л.В., Калинин А.В., Каляев А.В., Ключев В.М., Комаров Ф.И., Лазебник Л.Б., Лысенко Л.В., Маколкин В.И., Мартынов И.В., Михайлов А.А., Моисеев В.С., Мухин Н.А., Насонов Е.Л., Насонова В.А., Ноников В.Е., 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., Шлептор А.В., Ющук 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@dol.ru www.zdrav.net

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

При перепечатке материала ссылка на Вестник МГНОТ обязательна.

За рекламную информацию редакция ответственности не несет. Рекламная информация обозначена **Б**