



ПРЯМАЯ РЕЧЬ

Закончил институт 2004 году. Я не из медицинской семьи, и в старших классах я выбирал между историей, юриспруденцией, журналистикой и медициной. Я скорее был гуманитарным ребенком, поэтому медицина как перспектива была далеко не на первом месте. К окончанию школы выбор сузился до выбора между медициной и юрфаком, но, подумав, понял, что юриспруденцию можно освоить и самостоятельно. Я начал работать, чтоб оплатить себе репетиторов для подготовки в институт. Поступил на лечфак, поскольку педиатром точно быть не хотел.

В Томске старый хороший медицинский университет с вековыми традициями, но он имеет те же минусы, что и все российские медицинские вузы. Учиться мне, как ни странно, интереснее было на младших курсах — все было понятно и честно. А на старших курсах, когда началась практика и, казалось бы, должно было стать интереснее, все получилось наоборот. На половине кафедр была профанация, а не обучение. Терапия по Маколкину сегодня — ну это же смешно. Нужных знаний абсолютно не давали, и я тогда, будучи студентом, уже это понимал. Даже в Москве, в лучших вузах, можно по пальцам пересчитать кафедры, на которых дают актуальную клиническую информацию.

Чувство подвоха появилось тогда на 3—4 курсе, но в чем этот подвох, я понял позже, когда начал знакомиться с англоязычной литературой. А тогда у меня сработал подростковый максимализм, и я просто перестал ходить на занятия к таким преподавателям. На 5-м курсе я посетил процентов 30, а на 6-ом процентов 10 занятий. Я ходил избирательно на лекции или занятия к отдельным педагогам, которые хорошо преподавали. Например, по педиатрии были хорошие лекции, и я все их посетил. А на практике народ просто так сидел и в карты играл, естественно, я туда не ходил. Я приходил на занятие, если было интересно — оставался и как следует занимался, неинтересно — больше не приходил. Все годы студенчества, кроме того, что учился и работал, я еще был зампреда профкома, причем не номинальным, а «проблемным», отстаивающим интересы студентов перед деканатами и ректоратами. Помню, что ректору я сказал, что рыба гниет с головы, еще будучи студентом 3 курса. При этом была и нормальная студенческая жизнь с КВНами и т. д.

Все это не мешало мне на разных кафедрах и на разных курсах заниматься наукой, причем совершенно разной: в кардиохирургии какой-то лазерной реваскуляризацией миокарда занимались, это сейчас я знаю, что это профанация, не улучшающая клинических исходов. Потом я на другой кафедре занимался аутотрансплантацией щитовидной железы, я замучил там две сотни крыс, собак, научный руководитель сказал подготовить литературный обзор, я написал и доложил на кафедральном собрании: актуальность этой темы себя исчерпала в 60-х годах прошлого века, когда синтезировали левотироксин. Дали по шее. Объяснили, где не прав.

Это уже была ординатура по общей хирургии. Это была кафедра «сынков», там пробиться практически нереально. Я сознательно пошел учиться в ординатуру на платной основе, чтоб у меня была возможность реально чему-то обучиться, а не «стоять на крючках» всю ординатуру. Никто учить меня хирургии не горел желанием.

Но, к счастью, это клиника, там много разных врачей, есть плохие, есть хорошие, ты им, конечно, сто лет не нужен, но если ты готов пахать, то можешь и учиться, находясь рядом с ними. Пахал я в основном, конечно, на скоромощных больных. Пашешь, пашешь, пашешь, и всегда в бригаде, работающей на «скорой», есть, кто работает, а кто делает вид. Увидел хорошего доктора, и чтоб поучиться у нее, весь год вел ее больных. Хирург должен уметь думать, оперировать можно и обезьяну научить, это ведь, в общем-то, механическая работа.

Никто учить меня хирургии не горел желанием.

В конце первого года ординатуры появилась идея съездить в район, самостоятельно поработать хирургом, причем это было сначала высказано просто как идея, когда с другом-хирургом пиво пили. А он взял и тут же позвонил знакомому главврачу. В ЦРБ мест не было, и я поехал в район. Взял два рюкзака: один большой — там были книги, и один маленький — с вещами. «Пристроили» меня в Средний Васюган — деревню, в которой живет около 3 тысяч человек и куда

Ясность в голове у меня наступила несколько лет назад, на это сильно повлиял Интернет, в частности, Дискуссионный клуб русского медицинского сервера.

...я и ЛОРом, и педиатром, и гинекологом поработал. Геморрой прооперировал из интереса, сейчас бы я, конечно, за это не взялся в таких условиях, это, конечно, беспредел, так нельзя поступать. С другой стороны, там или я окажу помощь, или никто.

Как и многих, впервые зашедших туда, меня сначала осадил, поставили на место, вернее, не меня, а уровень моих знаний, постепенно я начал читать, ходить по

ссылкам, которые мне советовали, и понял — вот оно, что смущало меня все эти годы. В Университете про доказательную медицину говорили пару раз, но в рамках каких-то общих предметов, вроде статистики, 2 часа за все 6 лет. Никто не позиционировал это как основу, как «наше все». Это странно, поскольку один из старейших российских сайтов по доказательной медицине растет из Томска — сайт «биометрика». Очень старый ВУЗ, а размеры схоластики не поддаются исчислению. Хотя были и исключения, например, заведующий кафедрой офтальмологии изначально был нормальным человеком, читал иностранную литературу, поэтому и все офтальмологи в городе, вышедшие из-под его крыла, работают как современные специалисты.

Через год работы в клинике и радикальных изменений в понимании медицины я из клиники ушел, произошел переход количества в качество. В клинике стали возникать проблемы, я стал конкурентоспособен, ко мне стали уходить больные в т. ч. от других врачей, появились принципиальные противоречия по тактике лечения с профессорами и заведующими. Глобально я просто понял, что мне там больше делать нечего.

Мне было без разницы, где осуществлять профессиональный рост при доступности Интернета. И я решил уехать в ЦРБ. Я не говорил о своих планах ни жене, ни родителям. Уволился. Через 2 недели после увольнения сделал на хирургическом обществе доклад «Доказательная медицина в практике врача-хирурга» и уехал в ЦРБ. Конечно, как и следовало ожидать, все оказалось не так радужно, как обещал главврач. Я был лакомый кусок: молодой работоспособный хирург, да еще с женой-рентгенологом. Приехали — вместо жилья неотресторированный рентгенкабинет с раковиной и без туалета, на 7,400 рублей в месяц мне и 3 жене. Жену я увез из спокойной ведомственной клиники с красивым видом из окна и коротким рабочим днем.

Жили мы в Томске — я от дома до работы за 5 минут доходил. Но «левые» деньги любого нормального человека быстро «достаю», это при том, что я нашел нормальный способ зарабатывать на организации медицинской консультативной деятельности, я даже лицензировать ее уже начал. Но у нас же налоги съедают все, если ты пытаешься работать честно.

Сейчас, работая в ЦРБ, есть возможность честно работать и нормально жить на «белую» зарплату. Это большое удовольствие, честно, так, как ты считаешь нужным, лечить больных, не брать с них деньги. Динамика зарплаты с июня месяца: 7,4 тыс., 8 тыс., 12 тыс., 17 тыс., 25 тыс., 32 тыс. Конечно, это много дежурств (9—10 в месяц), это всякие надбавки за «северные», «сельские» и т. д., но это абсолютно честные деньги. Я начинаю строить дом. Ни один честный молодой московский врач, да и не московский, на свою зарплату дом не построит в го-

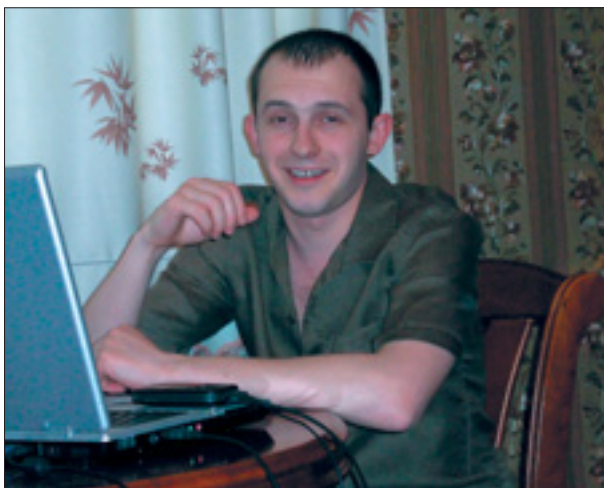
Сейчас, работая в ЦРБ, есть возможность честно работать и нормально жить на «белую» зарплату. Это большое удовольствие, честно, так, как ты считаешь нужным лечить больных, не брать с них деньги. Динамика зарплаты с июня месяца: 7,4 тыс., 8 тыс., 12 тыс., 17 тыс., 25 тыс., 32 тыс.

роде. У меня 2 месяца отпуск, меня отправляют учиться, когда есть такая необходимость — не скупясь. Не все сразу было так гладко, были и конфликты, вот осенью был конфликт со всем руководством больницы. Споры касались законности и незаконности оплаты труда.

Я собрался и уехал в командировку в ту же деревню, жену отправил на 2 месяца в Москву лечиться. И у боль-

Значит, еще остались...

Тевелевич М.Я.



нет дорог. Врачебная амбулатория, там были хирурги, даже много чего оперировали, но последний ушел работать фельдшером на вахту — работы меньше, а зарплата больше, старый терапевт, у которого один глаз не видит, а второй видит на 30%, и педиатр.

Попал я туда на 4 месяца. И там я все понял. Если приносят годовалого ребенка с катастрофой в животе, а ты детскую хирургию в жизни не видел, взорванная рука, рубленое ранение грудной клетки, желудочно-кишечное кровотечение, инсульты, комы. Санавиацию давали очень туго, иногда летит, но очень долго ждать. Остаешься один и принимаешь решение.

Я приехал, педиатр и терапевт, воспользовавшись

возможностью, ушли в отпуска по 2 месяца. В итоге я и ЛОРом, и педиатром, и гинекологом поработал. Геморрой прооперировал из интереса, сейчас бы я, конечно, за это не взялся в таких условиях, это, конечно, беспредел, так нельзя поступать. С другой стороны, там или я окажу помощь, или никто. Отремонтировали вместе с санитарками операционную, изменил структуру приема больных.

Через 4 месяца вернулся в Томск, закончил ординатуру. Оставили меня в клинике на полставки врача-ординатора. Это, считайте, крупно повезло. Ведь доступ к больным — это доступ к деньгам, все это знают. Я, поскольку был не из «сынков», работал в гноу, по скорой. Не хочется говорить плохо про свою клинику, всякое, конечно, было. Реаниматологи у нас были замечательные, многому меня научили. Вообще со смежными специалистами контакт лучше налаживался, чем с коллегами. Я со своими больными везде ходил: и к рентгенологам, и в лабораторию, и к УЗИстам. Придешь к УЗИстам, начинаешь им в монитор пальцем тыкать, вопросы задавать, глядишь, сам что-то понимать начинаешь.

ИнтерНьюс

В списках не значится

Столичные власти хотят снять гриф секретности со списков пациентов наркологических клиник и занести данные о них в единый городской регистр больных наркоманией. Это позволит «организовать систему социального прессинга на наркотическую популяцию» с целью ее постепенного искоренения. Как сообщили в мэрии Москвы, согласно выводам наркологов, сокрытие факта приема зелья играет только на руку их пациентам. Огласка же может удержать начинающих наркоманов от употребления дурманящих веществ. Однако пока специалистов от возможности создания единого регистра больных наркоманией удерживает закон. В частности, статья 61-я «Основ законодательства об охране здоровья граждан» позволяет передавать данные о наркоманах только психологам, наркологам или правоохранительным органам. Зато преподаватели высших учебных заведений и без единого регистра научились самостоятельно отсеивать наркоманов с престижных курсов. В Москве уже были случаи проведения добровольных экспресс-тестов на выявление наркозависимых студентов.

Источник:
«Московский Комсомолец»

Доктором В. Парфеновым опубликована статья, посвященная нормализации артериального давления как профилактике инсульта и деменции.

В статье показано, что ведущее значение в профилактике повторного инсульта и деменции имеет комплексный подход, включающий лекарственные, нелекарственные и в части случаев хирургические методы лечения. У значительной части больных с артериальной гипертензией, перенесших инсульт, имеются когнитивные нарушения, при этом у 20—30% пациентов они достигают степени деменции. Больным, перенесшим транзиторную ишемическую атаку или инсульт, в большинстве случаев требуется постоянное лечение, прекращение или даже перерыв в котором может привести к повторному инсульту или другим сердечно-сосудистым заболеваниям. В настоящее время положительное влияние на когнитивные функции у больных с артериальной гипертензией доказано лишь для нескольких групп антигипертензивных средств — блокаторов кальциевых каналов, ингибиторов АПФ, блокаторов рецепторов к АТ II.

Источник:
Клиническая геронтология,
№ 8, 2007

А тебе, лысый, я телефон не скажу

Независимые аналитики из Кокрановского сотрудничества (The Cochrane Collaboration), пересмотрели результаты 17 различных экспериментов, касающихся причин и способов лечения облысения. В исследованиях, включавших в общей сложности 540 пациентов, оценивалась эффективность различных видов терапии, в том числе лечение иммунодепрессантами, гормональными, местными сосудорасширяющими препаратами и фототерапия. Согласно заключению экспертов, ни один из указанных способов борьбы с алопецией не имел долгосрочного положительного эффекта, критерием которого является восстановление более половины утраченных волос. В одном из неопубликованных исследований 60 пациентам было предложено обрабатывать кожу головы луковым соком. По данным авторов опыта, положительный результат был достигнут почти у половины участников. Однако при детальном изучении эксперимента специалисты выяснили, что у всех включенных в него больных была диагностирована алопеция средней тяжести, при которой поражается менее четверти всей поверхности головы, и поэтому результаты исследования нельзя считать объективными. По мнению специалистов, большие алопецией не должны отчаиваться, поскольку в некоторых случаях возможна спонтанная регенерация волос.

Источник:
MedPortal

14

14 марта 2008 г. состоялось очередное, 29-е заседание Президиума Формулярного комитета РАМН. На обсуждение были вынесены вопросы Этического кодекса Формулярного комитета РАМН, редких дорогостоящих медицинских технологий, Перечня жизненно необходимых лекарственных средств, нового выпуска Справочника лекарственных средств Формулярного комитета, другие актуальные проблемы отечественного здравоохранения.

Состоялось очередное заседание Президиума Формулярного комитета РАМН

Важным итогом работы Формулярного комитета по внедрению этических норм и правил проведения экспертных процедур, включая обязательное заполнение членами Формулярного комитета и приглашенными экспертами «Декларации о раскрытии потенциального конфликта интересов», стало утверждение Этического кодекса Формулярного комитета РАМН. Согласно данному документу, наличие у эксперта потенциального конфликта интересов, т. е. интересов, противоречащих общественным интересам, исключает возможность его участия в экспертизе, принятии решения, голосовании по медицинской технологии, в отношении которой у него есть конфликт интересов. Этический кодекс будет впервые опубликован в Справочнике лекарственных средств Формулярного комитета 2008 г.

Обсуждению различных аспектов применения редких медицинских технологий была посвящена значительная часть повестки дня заседания. Особую обеспокоенность членов Формулярного комитета вызывает ситуация, сложившаяся с реализацией программы лекарственного обеспечения пациентов с редкими дорогостоящими нозологиями — гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, миелодисплазией и другими гемобластозами, рассеянным склерозом, а также пациентов после трансплантации органов и (или) тканей.

Профессиональная служба по редким дорогостоящим нозологиям Формулярного комитета, созданная в 2007 г., выявила ряд проблем в реализации данной программы, в частности, недостаточность нормативно-правовой базы, отсутствие единого федерального и региональных списков больных с редкими заболеваниями, замена одного препарата на другой без осмотра пациента и учета предшествующей терапии, выдача препарата в неадекватных дозировках и др. Для эффективной реализации программы, по мнению экспертов Профессиональной службы, необходима как минимум скорейшая разработка нормативно-правовой документации, включающей подробную регламентацию процесса закупки, доставки и распределения дорогостоящих лекарственных препаратов, осуществление строжайшего контроля на всех этапах реализации программы. Предложения по развитию программы лекарственного обеспечения пациентов с редкими дорогостоящими заболеваниями были доведены до сведения Минздравсоцразвития России и Росздравнадзора, однако никакой реакции в течение 2-х недель не последовало.

В рамках обсуждения вопроса по редким дорогостоящим нозологиям, в Перечень редко применяемых медицинских технологий Формулярного комитета было рекомендовано включить следующие технологии: ЛНП аферез и Лп(а) аферез при наследственных гиперлипидемиях, Ig аферез при иммуноопосредованной патологии, дорназа альфа, тобрамицин (раствор для ингаляций, Брамитоб) при муковисцидозе, октоког альфа; фактор свертывания VIII; фактор свертывания IX; эптакот альфа (активированный) при наследственных коагулопатиях, соматропин при гипофизарном нанизме, иматиниб, флударабин при гемобластозах, микофеноловая кислота, микофенолата мофетил; такролимус; циклоспорин у больных после трансплантации органов и тканей. Препарат бозентан (Траклир) был отклонен от включения в Перечень до представления надежных доказательств его эффективности.

В ходе заседания также была затронута тема отечественного производства жизненно необходимых лекарственных средств и субстанций. В настоящее время в стране полностью разрушено производство антибиотиков. В случае возникновения особого периода (война, эпидемии), при возможном введении запрета на ввоз в Россию жизненно необходимых лекарственных средств отечественная система здравоохранения окажется неспособной защитить своих граждан. Восстановление отечественного производства фармацевтических субстанций — это вопрос обеспечения национальной безопасности страны. Первоочередными задачами в разрешении сложившейся ситуации Формулярный комитет видит в разработке клинически и экономически обоснованного перечня лекарственных средств и субстанций, необходимых для обеспечения национальной безопасности страны, на основании которого необходимо начать восстановление отечественного производства, прежде всего антибиотиков.

Не менее болезненной темой остается существующая в отечественном здравоохранении система регистрации лекарственных средств. Сроки регистрации необоснованно затягиваются и длятся годами, при этом зачастую речь идет о

СВЕТСКАЯ ХРОНИКА

регистрации жизненно необходимых лекарственных средств, применение которых напрямую влияет на продолжительность и качество жизни пациента. Члены комиссии по анестезиологии всерьез обеспокоены ситуацией с отсутствием в стране более года норадреналина, перебоями с поставками эфедрина. Все попытки зарегистрировать в стране импортный норадреналин (регистрация длится уже год) до сих пор не привели ни к каким положительным результатам.

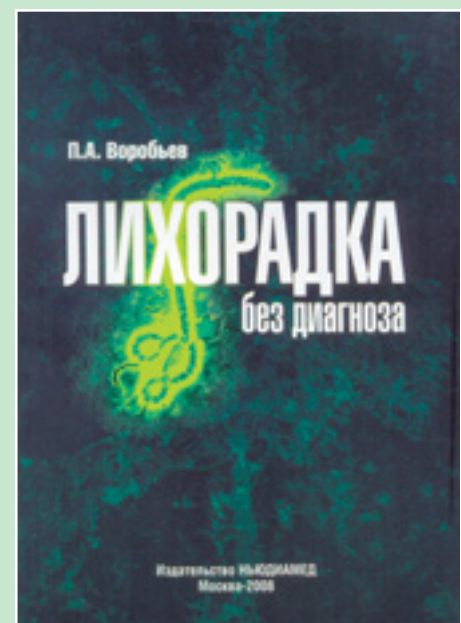
В ходе обсуждения предложений о включении лекарственных средств в Перечень жизненно необходимых лекарственных средств Формулярного комитета были получены положительные заклю-



чения в отношении препаратов бортезомиб, ритуксимаб, имиглюцераза, сорафениб, иммуноглобулин человека нормальный, микофенолата мофетил, микофеноловая кислота, сунитиниб, дорназа альфа.

Формулярный комитет готовит к июню 2008 г. выпуск 4-го издания Справочника лекарственных средств Формулярного комитета. По сравнению с предыдущими изданиями, в Справочник будут внесены 14 новых формулярных статей, обновлены данные по ценам на лекарственные средства, согласно реестру зарегистрированных цен на жизненно необходимые лекарственные средства. В соответствующий раздел формулярных статей по ряду лекарственных средств будут включены данные Администрации по контролю лекарственных средств и пищевых продуктов США (Food and Drug Administration (FDA) относительно возможности применения лекарственного средства во время беременности с указанием категории влияния на плод. Исходя из поступивших за год предложений, также будут обновлены Перечень жизненно необходимых лекарственных средств и Перечень редко применяемых медицинских технологий Формулярного комитета.

В заключительной части заседания Президиум Формулярного комитета принял решение направить письмо в Федеральную антимонопольную службу и Росздравнадзор относительно участвовавших случаев рекламы лекарственных средств, не относящихся к средствам безрецептурного отпуска, в научно-популярных программах радио и телевидения, что является недопустимым и противоречит действующему законодательству Российской Федерации.



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. 1 ↗

ницы появилась возможность попробовать, лучше ли ей без нас или нет. Пока нас не было, у них была возможность во всем разобраться и понять, что они по всем пунктам конфликта облажались. Конечно, когда я только приехал, пришлось играть по общим правилам, делать так, как там принято, но постепенно удается менять ситуацию. Это постоянный процесс! Люди начинают понимать, кто-то быстрее, кто-то медленнее. Например, отказались от стероидов при черепно-мозговой травме, начали профилактику тромбозов делать. Каждое такое достижение — это длительные маневры. Организовал в больнице кружок по Доказательной медицине — ходят 4 человека. Сейчас, я надеюсь, процесс пойдет легче, я поменял статус — стал зам. главврача. Буду переводить им обзоры, заставляю читать.

В деревне есть свои плюсы: размеренный ритм жизни позволяет делать все обдуманно, не суетясь, даже в условиях оказания неотложной помощи.

Врач первичного звена завален рутинной, бесполезными «диспансеризациями», не владеет методиками управления диабетом, гипертонией — а это необходимо для него, иначе он не будет работать эффективно. Сильное первичное звено — должно стать ключевым моментом фондодержания. Нет нормальной системы управления качеством.

В деревне есть свои плюсы: размеренный ритм жизни позволяет делать все обдуманно, не суетясь, даже в условиях оказания неотложной помощи. Ведь это так приятно — домой — обед приходит, а городской житель этого уже даже представить не может. Вы даже не представляете, чего вы лишаетесь. Я себя в деревне физически лучше чувствовать стал. Средняя зарплата у нас на селе около 30 тысяч — нефтяники, газовики, в семьях по 2—3 машины. Они пашут как следует на свежем воздухе, потом ездят отдыхать как следует в теплые края.

На территории области реализуется пилотный проект, в итоге мы пришли к фондодержанию врача первичного звена. Вначале со стороны врачей всей области было тотальное отрицание и непонимание. Постепенно начали привыкать, особенно к тому, что теперь значительную часть средств медицинская организация получает за счет обязательного медицинского страхования — это заставляет работать. Однозначно можно сказать, что это заставило медицинские организации конкурировать между собой и думать о том, зачем и куда ты направляешь больного (уход от «спихотерапии»). В городе больницы борются за прикрепленное население, организуют школы здоровья, работают над сервисом. А пациент имеет

право выбора учреждения и врача. Стационары тоже конкурируют, и главное, больной не платит из кармана за основной набор рутинных операций в муниципальных учреждениях. Со стационаром рассчитывается первичное звено, и с учетом полного тарифа (в тариф медицинское страхование включены стоимость капитального ремонта, оборудования...), этих денег оказывается не так мало. За них идет борьба.

Есть и серьезные недостатки. Врач первичного звена завален рутинной, бесполезными «диспансеризациями», не владеет методиками управления диабетом, гипертонией — а это необходимо для него, иначе он не будет работать эффективно. Сильное первичное звено — должно стать ключевым моментом фондодержания. Нет нормальной системы управления качеством.

Мы с 1 января начали окончательно полностью сами делить деньги, это пока сильно на доходе не отразилось, но мы получили заинтересованность в больном, так что это сработало. Мы создаем орган по качеству, есть планы по расширению спектра услуг, то есть мы начинаем конкурировать и с соседней ЦРБ, и с областной больницей за больного, ведь «деньги идут за больным».

Знания есть возможность реализовать везде, работа ведь не складывается из наличия или отсутствия оборудования, толку-то от того, что его навалом в Москве и на нем работать никто не умеет. На сегодняшний день у врача есть все условия, чтобы учиться, и денег для этого никаких не нужно, только желание. Сегодня в России у врача фактически уникальные условия, если ты хочешь работать, то у тебя нет конкурентов. Профессионалов по всей стране в каждой области десятки, ну максимум сотни, а пациентов миллионы. И есть возможность честно и профессионально зарабатывать себе на жизнь, просто надо этого захотеть. Люди везде одинаковые, что в Москве, что в деревне: умные и глупые, желающие работать и не желающие. Сейчас просто тепличные условия, Интернет позволяет решить проблему с литературой, конечно же, атласы и тексты канонические нужно иметь под руками в бумажном виде. Незнание английского, конечно, врачей тормозит. Я и моя жена — единственные в больнице, кто хоть как-то знает язык.

Беседовала А. Власова

ПРОТОКОЛЫ МГНОТ

ПРОТОКОЛ ПЛЕНАРНОГО ЗАСЕДАНИЯ МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ от 26.04.2007 г.,

**посвящается 85-летию
со дня рождения выдающегося
отечественного гематолога,
профессора ЮРИЯ ИВАНОВИЧА ЛОРИЕ.**

Председатели: академик РАН и РАМН А.И. ВОРОБЬЕВ,
акад. РАМН В.А. Насонова.

Секретарь: О.В. Борисенко

Вступление А.И. Воробьева: Дорогие друзья, у нас изменилась немного повестка дня. Это заседание в значительной мере было инициировано женой Юрия Ивановича Лорие — Нигеллой Анатольевной Горбуновой, и мы вместе с ней готовили это заседание, повестку дня. Но так случилось, что неделю назад она скончалась. Я прошу почтить ее память минутой молчания. (Все встают)

Повестка дня:

Ю.Ю. Лорие (ГНЦ РАМН).

Новые подходы к терапии хронического лимфолейкоза.

Лечение хронического лимфолейкоза было одним из основных научных интересов моего отца, Ю.И. Лорие. Это самый частый лейкоз взрослых. Первые случаи были описаны в XV веке. Первая диагностика проводилась посмертно, на основании секционного материала. В настоящее время для клинической классификации хронического лимфолейкоза используются формы заболевания, а классификация по стадиям используется для проведения исследований. Прогностические факторы, столь популярные в 90-х годах — это то, что показывает биологические особенности клеток. Есть пролиферативный хронический лимфолейкоз, и есть накопительный. Показания к началу лечения на сегодняшний день остаются клиническими. Однако сейчас появляется мнение, что хронический лимфолейкоз необходимо лечить сразу после выявления, не дожидаясь появления клинических признаков.

Сейчас помимо стандартных препаратов — хлорбутина и циклофосамида, — у нас есть флударабин, препарат, которому нет равных при лечении хронического лимфолейкоза, но у этого препарата высокая токсичность. Стероидные гормоны также используются в терапии хронического лимфолейкоза. Сейчас основная тенденция в лечении хронического лимфолейкоза — это моноклональные антитела. Сегодня имеем два антитела: Мабтера и Кэмпас. Мы сочетаем химиотерапию и антитела — и это очень эффективное лечение, которое дает наибольшее число ремиссий. Ранее число полных ремиссий не превышало 10%, появление новых препаратов улучшило число полных ремиссий до 70% сегодня.

Следует отметить, что в настоящее время во всем мире проводится масса рандомизированных контролируемых исследований, что и обеспечивает прогресс в появлении новых лечебных технологий. Например, в Германии все пациенты с хроническим лимфолейкозом участвуют в различных исследованиях. Все пациенты разделяются по группам риска: имеющие де-

лецию гена b53, стандартный риск при отсутствии делеции гена b53, и группа низкого риска. Прогноз в этих группах различается, схемы лечения также различаются. Все реже говорят о трансплантации при хроническом лимфолейкозе.

Вопросы к докладчику:

Вопрос: Как часто встречается сочетание хронического лимфолейкоза с другими опухолями?

Ответ: Невозможно рассматривать заболевание в отрыве от его осложнений, в том числе и поздних. Это могут быть аутоиммунные заболевания, вторые опухоли (следствие иммунодефицита), инфекционные осложнения. Успех лечения зависит не только от химиотерапии, но и от лечения осложнений. Наиболее частые вторые опухоли — это кожные опухоли, но локализация может быть различна. Как правило, это встречается после длительного периода заболевания.

Вопрос: Какая терапия или лечение (например, трансплантация) является наиболее оптимальной с экономических позиций?

Ответ: Имеется тенденция к «повзрослению» хронического лимфолейкоза и его более ранней диагностике. Если у пожилого человека лейкоз «тлеющий», то можно обойтись недорогими препаратами для улучшения качества жизни пациента. Если лейкоз появляется у молодого человека, с ранним появлением симптомов, то терапия в этом случае является максимальной, наиболее интенсивной.

Вопрос: Вы очень сдержанно прокомментировали аллогенную трансплантацию костного мозга. Может, необходимо развивать это направление?

Ответ: У нас почти нет таких пациентов, у тех, кого мы наблюдали, не использовался материал от родственников.



2. Акад. РАН и РАМН А.И. Воробьев (ГНЦ РАМН).

Научное наследие профессора Юрия Ивановича Лорие.

30 лет уже нет Юрия Ивановича, но мы собираемся, обсуждаем эту огромную фигуру. Я буду говорить о человеке, который запечатлен всегда с улыбкой.

Предок Ю.И. Лорие — поставщик продукции Фаберже для императорского двора. Мать Юрия Ивановича — член Союза писателей, замечательная переводчица. Отец был замечатель-

Продолжение на стр. 4 ↗

ИнтерНьюс

Французские потребители недовольны расходами на брендируемые препараты. Как говорится в отчете французской организации по защите прав потребителей Union Federale des Consommateurs — Que Choisir (UFC — Que Choisir) в 2002—2006 гг. французская система здравоохранения потеряла около 1 млрд евро из-за чрезмерной выписки рецептов на оригинальные препараты 5 терапевтических классов.

На долю препаратов для лечения заболеваний ЖКТ, гипертонии, артрита, а также антикоагулянтов и антиагрегантов пришлось 14% ежегодно выписываемых во Франции рецептов. По данным французского правительства, в 2002 г. в 50% случаев выписка препарата Plavix была неоправданной, что в 2002—2006 г. обошлось системе здравоохранения страны в 350 млн евро. За этот период расходы на антикоагулянты и антиагреганты увеличились на 88%. Как отмечают эксперты UFC — Que Choisir, французские врачи находятся под постоянным давлением представителей фармкомпаний. Дело в том, что по французскому законодательству представители могут посещать только врачей, а осуществлять маркетинг среди аптек и дистрибьюторов запрещено. В 2005 г. во Франции работало 22,7 тыс. медпредставителей, что вдвое больше, чем в Великобритании и Германии, и в 4 раза больше, чем в Голландии. UFC — Que Choisir требует от правительства принять соответствующие меры для исправления ситуации, в т. ч. ослабить влияние медпредставителей на врачей.

Источник: <http://www.pharmvestnik.ru>

Пересадка клеток мозга не является панацеей от болезни Паркинсона.

Американские и шведские ученые исследовали структуру мозга пациентов с болезнью Паркинсона, перенесших пересадку мозговой ткани абортированных эмбрионов. Болезнь Паркинсона сопровождается гибелью клеток, вырабатывающих нейротрансмиттер дофамин. Трансплантаты должны были заменить погибшие клетки в мозге больных и восстановить выработку необходимого вещества. Дж. Кордовер из Медицинского центра при Университете Раш (Чикаго) изучал мозг женщины, скончавшейся спустя 14 лет после пересадки мозговой ткани. По их данным, после трансплантации, проведенной в 1993 г., состояние пациентки улучшилось. Однако в 2004 г. болезнь вновь начала прогрессировать, и в 2007 г. пациентка скончалась. В свою очередь, шведские ученые из Неврологического центра Валленберга исследовали мозг 2 пациентов, умерших спустя 11 и 16 лет после трансплантации. По данным исследователей, у всех 3 пациентов были обнаружены признаки, свидетельствующие о поражении трансплантатов болезнью Паркинсона. В частности, некоторые из пересаженных нейронов содержали так называемые тельца Леви — скопления белка альфа-синуклеина, характерные для этого заболевания. Между тем, тельца Леви обычно не образуются в клетках, «возраст» которых моложе 40 лет, и их формирование в клетках, пересаженных от 11 до 16 лет назад, не может объясняться естественными процессами. Не исключено, что пересаженные здоровые клетки заражаются от больных с помощью аномального белка альфа-синуклеина — то есть при болезни Паркинсона наблюдается процесс, сходный с прионовыми болезнями, предположили ученые. Согласно другой теории, поражение трансплантатов связано с иммунными реакциями и развитием воспаления. Пока неизвестно, будет ли болезнь поражать собственные стволовые клетки пациентов. Для ответа на этот вопрос необходимы дальнейшие углубленные исследования.

Источник: Nature Medicin

Лишний вес защищает детей от кариеса

Американские врачи нашли в полноте положительное свойство. Проанализировав состояние зубов почти 18 тыс. детей и подростков 6—18 лет, они установили, что лишние килограммы предотвращают кариес. Медики стоматологического центра Eastman при Университете Рочестера были удивлены полученными результатами исследования, так как ожидали найти совершенно противоположные данные. Специалисты предполагали, что школьники с превышенным индексом массы тела должны в большей степени иметь проблемы с деснами и зубами, поскольку они чаще употребляют продукты с высоким содержанием жиров и сахара. Стоматологи сказали, что их открытие вызывает больше вопросов, чем ответов. Они заявили, что необходимо провести более тщательный анализ диетических привычек и образа жизни у детей с симптомами ожирения.

Источник: АМИ-ТАСС

ИнтерНьюс

Безруким и безногим больше не придется регулярно подтверждать для чиновников отсутствие у них конечностей

В России упрощена процедура переосвидетельствования инвалидов, страдающих тяжелыми формами болезни: при первом же обращении они могут получить инвалидность бессрочно. Новый порядок введен в связи с принятием постановлений правительства «О внесении изменений в правила признания лица инвалидом» и «О порядке обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации и отдельных категорий граждан из числа ветеранов протезами (кроме зубных протезов), протезно-ортопедическими изделиями». В 1-м документе оговорены ситуации, при которых инвалидность присваивается бессрочно при первом обращении. В частности, ее получают больные с тяжелыми формами рака, отсутствием гортани после оперативного удаления, врожденным и приобретенным слабоумием, полной слепотой на оба глаза, полной слепотой, некоторыми тяжелыми заболеваниями сердца и органов дыхания. Детям-инвалидам после достижения 18-летнего возраста инвалидность определяется бессрочно, не позднее 2-х лет после первичного признания человека инвалидом. Во 2-м постановлении отмечаются значительные изменения порядка предоставления инвалидам технических средств реабилитации. «Оно определяет порядок предоставления инвалидам колясок, тросточек и других технических средств реабилитации и облегчает их получение, так как не нужно проходить переосвидетельствование для того, чтобы его поменять», сообщила глава департамента развития социальной защиты Минздравсоцразвития Ольга Самарина.

Источник: РИА Новости

Мы пойдем другим путем

Врачи Медицинского центра Сан-Диего при Калифорнийском университете провели первую в США операцию по удалению воспаленного аппендикса через влагалище. Хирургическое вмешательство, продолжавшееся около 50 минут, прошло успешно. Необычная операция была сделана аспирантке Калифорнийского университета, по ее словам, после операции она испытывала минимальные болевые ощущения — от 0,5 до 1 по 10-ти-балльной шкале. Для удаления аппендикса хирурги применили одну из разновидностей транслюминальных эндохирургических вмешательств (NOTES) — методику, основанную на введении гибких инструментов в естественные отверстия человеческого тела (в рот, влагалище или прямую кишку). Доступ к брюшной полости и пораженному органу осуществлялся через разрез в стенке влагалища. Кроме того, пациентке был сделан небольшой разрез в районе пупка, чтобы ввести в брюшную полость двухмиллиметровую камеру. По мнению специалистов, новая техника имеет целый ряд преимуществ перед традиционными методами удаления аппендикса: она позволяет добиться наилучшего косметического эффекта, а также уменьшает риск образования послеоперационных грыж, пациенты испытывают минимум болевых ощущений и значительно быстрее восстанавливаются после хирургического вмешательства. Ранее хирурги Медицинского центра Сан-Диего уже провели несколько транслюминальных эндохирургических вмешательств. В сентябре 2007 г. они успешно удалили желчный пузырь через влагалище, а в марте 2008 г. провели операцию по удалению аппендикса через рот.

Источник: Medportal.ru

Апофеоз врачебной этики

Несколько филиппинских врачей могут лишиться лицензии за распространение в Интернете видеозаписи операции без согласия пациента. Трехминутный фильм, запечатлел процедуру извлечения из прямой кишки больного 15-сантиметрового флюкона со спреем. Видеосъемка на камеру мобильного телефона проводилась в государственной клинике Висенте Сотто, расположенной в городе Себу. На протяжении всего короткого фильма в операционной слышны громкие возгласы и смех врачей и медсестер. В какой-то момент в кадре появляется еще один оператор, снимающий процесс на свой мобильный телефон. Служебное расследование данного инцидента началось после жалобы больного. По словам адвоката потерпевшего Гийера Ценизы, его клиент готовится к судебному разбирательству с руководством клиники. В настоящее время представители Минздрава и Медицинской ассоциации Филиппин занимаются установлением авторства видеоролика и лиц, разместивших его в Интернете. Как заявил журналистам президент Медицинской ассоциации Филиппин Хосе Сабилли, всем участникам происшествия грозит исключение из ассоциации и лишение права заниматься врачебной деятельностью.

Источник: medportal.ru

Начало на стр. 3

ный терапевт, он работал в МОНИКИ, но я его помню по домашнему общению. Когда Юрий Иванович учился, он получил грамоту за учебные успехи и примерное поведение. Диплом он имел с отличием. Юрий Иванович имел «Орден Красной Звезды», служил на фронте врачом. У него еще была выдающаяся награда — «Медаль за отвагу».

В нашем институте Юрий Иванович начал работу гематологом, здесь он сделал докторскую диссертацию. Он был секретарем редакции «Проблемы гематологии и переливания крови», однако он был не простым секретарем. Лорие был фактическим редактором. Я сдал в журнал две статьи: «сдуру» одну, а потом сразу другую. Через некоторое время получаю вместо двух одну статью, которая была меньше, чем две по отдельности. Я сначала рассвирепел, но потом стал смотреть и понял, что Юра выкинул всю шелуху. Юрий, по сути, вел журнал. Вот фото, где он за микроскопом. Вот его докторская диссертация «Клиника гемолитических анемий». Он обосновывал лечение анемии Минковского-Шоффара с помощью спленэктомии. В то время смертность при этом вмешательстве достигала 30–40%, а сейчас 0! Он делал первые исследования по изучению действия преднизолона.

За все «увеселения», что себе позволял Лорие, он оказался в институте онкологии. Он был очень яркой личностью, был замечательным терапевтом, эрудитом и шутником. Конечно, это многим не нравилось.

«Новое в гематологии», 1974 год, это наша совместная с ним книга. Лорие был оппонентом на моих кандидатской и докторской диссертациях, а моя докторская посвящена опухолевой прогрессии при лейкозах. Новые программы — они тогда только появлялись, Юрий Иванович не дождался стабильных исходов при лечении. Цитазар и метотрексат — мы изучали профилактику нейтролейкемии. Первая работа в нашей стране по лечению детских лейкозов, малопродолжительных. Мне только не понятно, как они могли свалиться в «болото миелодиспластического синдрома»? Диагностика и лечение лимфогранулематозов — он пишет: 50–90% ремиссий. Пятьдесят процентов — это у него, а 90% — по данным литературы, на выборочных группах. Тогда же было отмечено, что нет разницы между ретикулосаркомой и лимфосаркомой. Они это заметили. Но великое несчастье мировой онкогематологии в том, что использовалась классификация Раппопорта: диффузные и нодулярные лимфомы. Это ужас! В отечественной науке гистологические классификации никогда не ставились в противовес органным. Плоскоклеточный рак. На коже — это одно, а в бронхе — совсем другое. Диффузная В-крупноклеточная лимфосаркома — 100% ремиссий. Не нужно цепляться к цифрам. Сто никогда не будет, но и больше 90 — это фантастические цифры! Лимфосаркома желудка, блоки. Шестнадцать больных, 16 выздоровлений. Ни одной резекции желудка. Лимфомы Беркитта — у них свои правила игры. Модифицированные блоки — и 95% стабильных ремиссий. То, что начиналось тогда, сегодня дает свои результаты.

ПРОТОКОЛ СОВМЕСТНОГО ЗАСЕДАНИЯ АНГИОЛОГИЧЕСКОЙ И КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ СЕКЦИЙ МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ от 15.3.2007 г.

Сопредседатели секций: член.-корр. РАН, акад. РАМН Ю.Н. Беленков, член.-корр. РАМН, проф. В.А. Сандриков, проф. М.Г. Глезер, проф. М.П. Савенков, проф. В.А. Парфенов, д.м.н. А.В. Чупин.

Оппонент П.А. Воробьева

Секретарь: к.м.н. Л.А. Положенкова

Повестка дня: «Женщина. Дела сердечные».

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

1. Проф. М.Г. Глезер (ММА им. И.М. Сеченова). *Женское сердце*.

В докладе представлены особенности женского организма, определяющие особенности клинического течения и лечения сердечно-сосудистых заболеваний по сравнению с мужчинами. Основной причиной смерти у женщин в России являются сердечно-сосудистые заболевания, этот показатель в последние 10 лет увеличился на 50%. Показаны анатомо-физиологические различия сердца у женщин и мужчин (у женщин размер сердца и диаметр главных коронарных артерий меньше, чем у мужчин; у женщин чаще возникает дисфункция эндотелия и т. д.) и особенности клинического течения сердечно-сосудистых заболеваний (у мужчин коронарная патология начинается в основном с инфаркта миокарда, у женщин — с атипичного течения стенокардии, продолжающейся до 10 лет, прежде чем наступает инфаркт миокарда). Подчеркнуто, что у женщин чаще развивается сахарный диабет (в последние годы увеличился на 20%), артериальная гипертония и ожирение. Отмечено, что женщины позже, чем мужчины, обращаются к врачам, которые часто недооценивают тяжесть их состояния. Далее в докладе изложены алгоритм диагностики ИБС, инфаркта миокарда, сердечной недостаточности у женщин (результаты функциональных тестов у женщин чаще атипичны) и дано лечение. Лечение сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений у женщин в основном такое же, как и у мужчин, действие препаратов в основном одинаково. В то же время подчеркнуто, что инфаркт миокарда у женщин протекает атипично, госпитализация более поздняя, смертность у них выше и при проведении комплексного стандартного лечения у женщин не проводится тромболитическая терапия (кровотечение у женщин возникает при тромболитической чаще). Сердечная недостаточность у женщин возникает в старшей возрастной группе на фоне сахарного диабета, артериальной гипертонии и приема НПВП. Лечение в таких случаях начинают с лечения основного заболевания. При перечислении медикаментозных препаратов, назначаемых для лечения сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений (наперстянка, бета-адреноблокаторы,

нитраты, ингибиторы АПФ, статины, диуретики и др.), у женщин они действуют также как и у мужчин. Однако, если иАПФ снижают смертность у мужчин с сердечно-сосудистыми заболеваниями, то у женщин на этот показатель они не влияют, бета-блокаторы же снижают смертность от сердечно-сосудистых заболеваний у женщин. Далее в докладе приведены схемы исследования — ЭПОХА и Symens. В заключение представлены профилактические мероприятия по предупреждению развития сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений у женщин. Прежде всего, необходимо учитывать, что факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний у женщин больше, чем у мужчин, и протекают они чаще атипично.

Вопросы к докладчику:

Вопрос: Почему сердечная недостаточность наступает при приеме большими НПВП?

Ответ: НПВП часто приводят к задержке жидкости в организме.

Вопрос: Женщины нередко страдают гипотонией, как лечить?

Ответ: Они в специальном лечении не нуждаются. Следует рекомендовать вести здоровый образ жизни, заниматься спортом.

Вопрос: Женщины больше, чем мужчины, склонны к развитию алкоголизма, между тем нередко в качестве лечебной процедуры им назначают алкоголь.

Ответ: Я категорично против, алкоголь усугубляет сахарный диабет и артериальную гипертонию.

Вопрос: Как лечить беременных с поликистозом почек?

Ответ: Одинаково сложно лечить поликистоз почек, как у беременных, так и вне беременности. При беременности следует учитывать влияние вводимых препаратов не только на организм матери, но и ребенка.

Вопрос: Роль таких факторов, как рожавшая или не рожавшая женщина, кормящая или не кормящая, имеют значение в развитии сердечно-сосудистых заболеваний?

Ответ: У нас нет таких данных.

Ремарка П.А. Воробьева: Доказательств положительного действия предуктала нет, это святая вода. Деньги, которые тратятся в стране на предуктал, следует использовать на препарат жизненно необходимый, например, актилизе.

Ответ М.Г. Глезер: Не согласна с позицией П.А. Воробьева, вы говорите о разных вещах. Речь идет не о стране, а конкретно о женщинах. Это совершенно разные препараты, и есть исследования по действию предуктала, которые доказательны.

2. Проф. Т.Ю. Демидова (кафедра эндокринологии и диабетологии РМАПО). **Причинно-следственные взаимоотношения между сахарным диабетом и метаболическим синдромом.**

В докладе дано определение метаболического синдрома — это собирательное понятие, включающее в себя комплекс взаимосвязанных нарушений углеводного и жирового метаболизма, а также механизмов регуляции артериального давления и функции эндотелия, в основе развития которых лежит снижение чувствительности тканей к инсулину — инсулинорезистентность. Тяжесть метаболического синдрома определяется количеством компонентов и нарастает по мере увеличения их числа. Метаболический синдром широко распространен, составляя 14–24% в общей популяции, а в группе больных диабетом 2-го типа — 84%. Метаболический синдром по-разному протекает у мужчин и женщин, прежде всего это определяется развитием ожирения, чаще возникающего у женщин. Подчеркнуто, что метаболический синдром приводит к инсулинорезистентности. Инсулинорезистентность — один из мощных факторов развития сердечно-сосудистых заболеваний (у больных сахарным диабетом 2-го типа >80%). Выделены наследственные и приобретенные факторы возникновения инсулинорезистентности и подчеркнуто, что при инсулинорезистентности более 70% больных погибает от сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений. Препараты, устраняющие инсулинорезистентность: Метформин (Сиофор), Тиазолидиндиены (Глитазоны). Метформин достоверно снижает риск развития сердечно-сосудистых заболеваний у больных с метаболическим синдромом и инсулинорезистентностью (снижает массу тела, улучшает функцию эндотелия, препятствует развитию атеросклероза и т. д.). В заключение представлена программа профилактики метаболического синдрома и инсулинорезистентности с обязательным включением Сиофора.

Вопросы к докладчику:

Вопрос: Что такое исследование глюкозы натощак?

Ответ: Неприем пищи 10 часов.

Ремарка П.А. Савенкова: Вы много говорили о «Метформине» хорошего и ничего о его побочных эффектах, что, их нет?

Ответ: Побочные эффекты у Метформина есть, их следует учитывать, но преимуществ больше.

Вопрос: Как часто следует проверять уровень глюкозы у людей, которые не страдают сахарным диабетом?

Ответ: Один раз в 6 месяцев обязательно.

Вопрос: При остром инфаркте миокарда можно назначать Метформин?

Ответ: Запретов нет, при необходимости его можно давать.

Вопрос: Можно назначать Метформин при почечной недостаточности?

Ответ: Да.

Вопрос: Терапевт без консультации эндокринолога может назначать Метформин больным с метаболическим синдромом?

Ответ: Да.

Вопрос: Сколько стоит Метформин?

Ответ: Метформин не относится к дорогостоящим препаратам.

Вопрос: Ингибиторы АПФ можно назначать больным при инсулинорезистентности?

Ответ: Да, но эндокринологи их не используют, т. к. они относятся к дорогостоящим препаратам, а наши больные получают лечение бесплатно.

Заключение.

В заключение М.П. Савенков поблагодарил докладчиков за интересные доклады. Проблема женского организма существует, практические врачи должны об этом помнить. Научным сотрудникам необходимо продолжать исследования, касающиеся особенностей женского организма.

СТАНДАРТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

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

Эти стандарты мало доступны врачам.

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

Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

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

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

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

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

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

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

СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С КОМОЙ НЕУТОЧНЕННОЙ

1. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА

Категория возрастная: взрослые, дети

Нозологическая форма: кома неуточненная

Код по МКБ-10: R 40.2

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 6 сентября 2006 г. № 650

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 01.31.011	Пальпация общетерапевтическая	1	1
A 01.31.016	Перкуссия общетерапевтическая	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 02.09.001	Измерение частоты дыхания	1	1
A 01.23.004	Исследования чувствительной и двигательной сферы при патологии центральной нервной системы	0,5	1
A 05.10.001	Регистрация электрокардиограммы	1	1
A 05.10.007	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных	1	1
A 09.05.023	Исследование уровня глюкозы в крови с помощью анализатора	1	1
A 09.05.003	Исследование уровня общего гемоглобина в крови с помощью анализатора	1	1
A 09.28.015.001	Обнаружение кетоновых тел в моче с помощью тест-полоски	1	1
A 09.28.058.001	Определение наличия психоактивных веществ в моче с помощью тест-полоски	0,1	1
A 09.07.006.001	Определение наличия психоактивных веществ в слюне с помощью тест-полоски	0,3	1

1.2. ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА 30 МИНУТ

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A 01.31.009	Сбор жалоб и анамнеза общетерапевтический	1	1
A 02.09.001	Измерение частоты дыхания	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 25.31.001	Назначение лекарственной терапии при неуточненных заболеваниях	1	1
A 11.12.003	Внутривенное введение лекарственных средств	1	1
A 11.08.011	Установка воздуховода	0,5	1
A14.08.004	Отсасывание слизи из носа	0,5	1
A 16.08.022	Коникотомия	0,05	1
A 11.08.009	Интубация трахеи	0,1	1
A 16.09.011	Искусственная вентиляция легких	0,5	1
A 11.09.007	Эндотрахеальное введение лекарственных средств	0,1	1
A 21.10.001	Массаж сердца	0,1	1
A 11.12.002	Катетеризация кубитальной и других периферических вен	1	1
A 11.09.008	Ингаляторное введение лекарственных средств и кислорода	1	1
A 11.28.007	Катетеризация мочевого пузыря	0,1	1
A 11.16.008	Промывание желудка	0,1	1
A 11.16.009	Зондирование желудка	0,05	1
A 17.10.001	Электроимпульсное воздействие при патологии сердца и перикарда	0,1	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***
Средства, влияющие на центральную нервную систему			0,3		
	<i>Средства для лечения алкоголизма и наркомании</i>		0,8		
		Налоксон	0,95	0,4 мг	2 мг
		Флумазенил	0,05	0,2 мг	1 мг
	<i>Анксиолитики (транквилизаторы)</i>		0,2		
		Диазепам	1	10 мг	80 мг
Гормоны и средства, влияющие на эндокринную систему			0,2		
	<i>Неполовые гормоны, синтетические субстанции и антигормоны</i>		1		
		Преднизолон	0,5	60 мг	150 мг
		Дексаметазон	0,5	4 мг	8 мг
Средства для лечения заболеваний почек и мочевыводящих путей			0,1		
	<i>Диуретики</i>		1		
		Маннитол	0,6	60 мг	120 мг
		Фуросемид	0,4	40 мг	40 мг
Средства для лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта			0,5		
	<i>Противорвотные средства</i>		0,1		
		Метоклопромид	1	10 мг	10 мг
	<i>Спазмолитические средства</i>		0,8		
		Атропин	1	0,5 мг	1 мг

Начало на стр. 5 ↗

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД**	ЭКД***
Растворы, электролиты, средства коррекции кислотного равновесия, средства питания			0,2		
	<i>Электролиты, средства коррекции кислотного равновесия</i>		1		
		Магния сульфат	1	1000 мг	2000 мг
		Натрия хлорид	1	400 мл	400 мл
Средства, влияющие на кровь			1		
	<i>Растворы и плазмозаменители</i>		1		
		Декстроза	1	400 мл	600 мл
Средства, влияющие на органы дыхания			0,1		
	<i>Противоастматические средства</i>		1		
		Аминофиллин	1	240 мг	240 мг
Средства, влияющие на сердечно-сосудистую систему			0,05		
	<i>Вазопрессорные средства</i>		1		
		Эпинефрин	0,5	0,5 мг	1 мг
		Норэпинефрин	0,1	0,1 мг	2 мг
		Допамин	0,4	5 мг	10 мг

* – Анатомо-терапевтическо-химическая классификация.

** – Ориентировочная дневная доза.

*** – Эквивалентная курсовая доза.

СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ЛЕГОЧНОЙ ЭМБОЛИЕЙ

1. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА

Категория возрастная: взрослые

Нозологическая форма: легочная эмболия

Код по МКБ-10: I 26

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. № 629

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 01.31.011	Пальпация общетерапевтическая	1	1
A 01.31.016	Перкуссия общетерапевтическая	1	1
A 01.31.012	Аускультация общетерапевтическая	1	1
A 02.12.001	Исследование пульса	1	1
A 02.10.002	Измерение частоты сердцебиения	1	1
A 02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	1
A 02.09.001	Измерение частоты дыхания	1	1
A 05.10.001	Регистрация электрокардиограммы	1	1
A 05.10.007	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных	1	1

2.1. ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА 30 МИНУТ

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A 01.31.009	Сбор жалоб и анамнеза общетерапевтический	1	1
A 02.12.001	Исследование пульса	1	1
A 02.10.002	Измерение частоты сердцебиения	1	1
A 02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	1
A 02.09.001	Измерение частоты дыхания	1	1
A 25.09.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях нижних дыхательных путей и легочной ткани	1	1
A 11.01.002	Подкожное введение лекарственных средств и растворов	0,5	1
A 11.02.002	Внутримышечное введение лекарственных средств	0,5	1
A 11.12.003	Внутривенное введение лекарственных средств	1	1
A 05.10.001	Регистрация электрокардиограммы	1	1
A 05.10.007	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных	1	1
A 11.09.008	Ингаляционное введение лекарственных средств и кислорода	1	1
F 05.01.02	Транспортировка пациента службой скорой медицинской помощи вне медицинского учреждения (организации)	1	1
A 25.10.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях сердца и перикарда	1	1

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД**	ЭКД***
Анальгетики, нестероидные противовоспалительные препараты, средства для лечения ревматических заболеваний и подагры			0,3		
	<i>Наркотические анальгетики</i>		1		
		Морфин	1	10 мг	10 мг
Средства, влияющие на кровь			1		
	<i>Средства, влияющие на систему свертывания крови</i>		1		
		Надропарин кальций	0,2	7600 Ед	7600 Ед
		Эноксапарин натрий	0,2	80 мг	80 мг
		Гепарин натрий	0,6	4000 Ед	4000 Ед
Средства, влияющие на сердечно-сосудистую систему			0,3		
	<i>Вазопрессорные средства</i>		1		
		Норэпинефрин	0,2	2 мг	2 мг
		Добутамин	0,4	200 мг	400 мг
		Допамин	0,4	200 мг	400 мг
Средства, влияющие на органы дыхания			0,1		
	<i>Противоастматические средства</i>		1		
		Аминофиллин	1	240 мг	240 мг
Средства, влияющие на кровь			0,1		
	<i>Растворы и плазмозаменители</i>		1		
		Натрия хлорид	1	200 мл	400 мл

* – Анатомо-терапевтическо-химическая классификация.

** – Ориентировочная дневная доза.

*** – Эквивалентная курсовая доза.

«Без рынка болезней не было бы и рынка лекарств. Это та самая тайна Гиппократов, которую клянутся не выдавать врачам» — так хлестко озвучил злободневную проблему Александр Пелевин в одном из своих сочинений.

Писатели всегда не слишком доверяли медицине. Может, это и общее ощущение, просто литераторы громоглашнее, чем народ, глас которого редко вырывается за пределы участкового терапевта. Во всяком случае, история сохранила не один образец классического брюзжания. Вот французы: «Медицина — одно из величайших заблуждений человечества» — Ж. Мольер, «Их врач — гомеопат и немец, следовательно, двойне шарлатан» — П. Мериме; а вот англичанин Бернард Шоу: «Репутацию врачу создает количество знаменитых людей, которые умерли у него на руках». Примеры можно множить, указывая на русских классиков во главе с Толстым, но и приведенного достаточно, чтобы отследить тенденцию. А анекдоты о врачах, количеством превосходящие байки о новых русских! Между прочим, достоверный индикатор общественного внимания. Чем обязаны?

Если хрестоматийная фраза о том, что русская литература вышла из «Шинели» Гоголя, верна, то правда и то, что шинель эта вышла, в свою очередь, из римской тоги. И не только мировое искусство, но и медицина начиналась именно в этой одежде: смотри римлянина Эскулапа и его предшественника, грека Асклепия. Правда, судьба Асклепия, патрона всех врачей и аптек, была печальна: азарт профессионала толкнул его на воскрешение умерших, нарушив тем самым вертикаль «небо — земля». За что мятежный доктор и был уничтожен молнией «главврача» — Зевса. Правда, потомство он успел оставить, и его сыновья стали прекрасными врачевателями, а дочери носили столь говорящие имена — Гигиия и Панацея — что в представлении не нуждаются.

Работы у профессионалов было достаточно во все времена, и аптечное дело не всегда пестрело за недугами человечества. «Фармаки», т. е., «дарующие исцеление», были известны еще в Древнем Египте, позже они весьма благозвучно именовались провизорами: почти провидцами.

На наших пространствах все заимствования получают особенную окраску: берем помногу и из разных источников. В России у врачебного и аптекарского дела есть восточный акцент, ибо русские медики поклонялись и Галену — Гиппократу, и Авиценне. Петр I столь высоко ценил врачевание, что занимался в Амстердаме на курсах по анатомии, однако, в родоначальниках русской медицинской науки сплошь иностранцы: немцы, англичане, греки, голландцы. Каждый со своей методикой. Из наших главных «насадителей» терапевтических знаний стал доктор С. Боткин. Он заложил основы своей школы: сначала изучать больного, потом болезнь. Собственно, в схожих направлениях практиковали и китайские врачи, а арабские эскулапы отметились оптимистическим наблюдением: «Есть лекарства от любой болезни, если известны ее причины». И так — к лекарству.

Начало аптечному делу в России положил тоже иностранец, Джеймс Фрэнч, в конце 16 века. Рекомендован он был царю Ивану Васильевичу королевой Елизаветой (вот это формат!) для основания первой аптеки в Кремле. Потом на Руси стало не до аптек и провизоров: смутное время, поляки... С воцарением стабильности в лице дома Романовых дело пошло споро: царь Алексей Михайлович возродил давно забытое и к тому же завел аптекарские огороды, что сократило «экспорт» заграничного зелья и помогло русскому производителю, вернее, собирателю. Сын царя Алексея, Петр I, развернул дело шире: в Москве были открыты аж 8 частных аптек. А в 1864 году состоялся первый съезд фармацевтов всей империи — процесс пошел. Россия много закупала за границей, но и продавала немало: горчичное и касторовое масло, глицерин, лаки, ртуть, шпанские мушки и многое другое.

Впрочем, население нововведениями пользоваться не спешило, предпочитая домашние заготовки, проверенные на отцах и дедах. Старые книги вообще отвращали публику от обращения к врачам, в «Домострое» Сильвестра от 16 века об этом сказано однозначно, правда, по отношению к особе царственной: «Не подобает царю сказывать приключения свои лекарю». На местах использовали все, что растет,

движется и просто лежит в укромном месте. Кстати, популярна была — ничего нет нового под солнцем — ароматерапия: «нюхая благоухания запахи... искренился живот и возвеселится сердце». Однако в противовес современным рекомендациям относительно потребления воды писано: «еще станешь много воды пить, то желудок узвешь». А вот от переизбытка отговаривали и прадеды: «многая яства теснит дыхание».

Деревни пробавлялись дарами лесов и полей, а публика состоятельная присоединяла к вековым рецептам новомодные изыски: лечилась даже драгоценными камнями вслед европейской моде. Во времена небогатых аптек и особенно при лечении нервных болезней, где воображение главный герой, камни действительно помогали. Объясняли это так: «Когда говорили больному, что изумруд, помещенный в изголовье его постели, должен исцелить его от ипохондрии, предотвратит кошмар, успокоит биение сердца, содействовать успеху предприятя, рассеять душевную тоску, то во многих случаях наступало исцеление единственно только благодаря вере больного в действенность средства».

Самым «способным» считался алмаз. Верили, что его владелец застрахован от болезней желудка, не потеряет память и всегда будет весел, а, привязанный к руке рожавшей женщины, он поможет безболезненно разрешиться от бремени. Однако везде бытовало поверье о смертоносном влиянии алмазного порошка. В России даже были открыты несколько дел, в которых жены обвинялись в отравлении мужей именно таким недешевым способом. С изумрудом обратная картина: древние считали, что толченый изумруд, принятый в питье, «уймет смертоносную ядоту и укушение змей заживит... Аще кто на изумруд часто зрит, тогда зрак человеческий укреплет». У арабов изумруд тоже слава: они камень растирали, смешивали с шафраном и прикладывали к больным глазам. Еще его использовали от кровавого поноса, падучей болезни и как противоядие (два карата с верблюжьим молоком — всего-то). Жемчуг тертый с сахаром давали больным, и он был известен у древних фармацевтов под именем «монюс кристи». В числе особо целебных камней была бирюза: «Если на бирюзу взять немного сурьмы и помазать веки, то для глаз бывает большая польза». Замечательными свойствами обладал, по старинным лечебникам, аметист: пьянство отгонял, укреплял память, помогал от бесплодия. «Кошачий глаз» предохранял от проказы, чесотки, пьянства. Аквамарин, истертый в порошок, впускался в глаз от бельма, а еще служил присыпкой в борьбе с проказой и заодно снимал с зубов «ржавчину». Сердолик помогал при родах и хранил от опасности быть раздавленным под руинами во время землетрясений. От того же предохранял и нефрит. И много еще чего обещалось счастливым обладателям разноцветных минералов.

Продолжение на стр. 8

ИнтерНьюс

Согласно новым рекомендациям American Heart Association, прием «дыхание рот в рот» отправлен в отставку.

Сначала необходимо вызвать скорую, а затем сразу же начать массаж сердца: вот что должен делать каждый, кто окажется рядом с человеком, у которого произошла остановка сердца, пусть даже спасающий не медик и никогда не посещал курсы реанимации. Достаточно этой простой процедуры, которую может проделать каждый, чтобы спасти человеческую жизнь. Результаты последних исследований свидетельствуют о том, что не следует терять время, чередуя дыхание и нажатие на грудную клетку (а это на самом деле нелегко выполнимый прием, если нет специальной подготовки), а сразу же начинать выполнять 100 нажатий в минуту на центральную часть грудной клетки, не боясь причинить какой-то вред. «И поскольку в большинстве случаев остановка сердца вызвана фибрилляцией желудочков, иными словами, когда приступ аритмии не позволяет сердцу накачивать кровь, — говорит Р. Феррари, кардиолог из Университета Феррары и президент Европейского общества кардиологов, — прежде чем начать массаж, следует провести прекардиальный удар (сильно ударить кулаком в центр грудной клетки), чтобы восстановить ритм сердца». Такая реанимация может удвоить вероятность выживания человека, у которого произошла остановка сердца, но лишь около 1/3 пациентов получают действенную помощь от тех, кто оказался рядом. «Мы не можем сказать, — продолжает Феррари, — что дыхание рот в рот бесполезно: в опытных руках массаж служит для нагнетания крови к сердцу, а вентиляция — для наполнения крови кислородом. Но лучше делать массаж, чем вообще ничего не делать». Очень часто те, кто решил оказать помощь, слишком долго принимают решение, теряя драгоценные минуты. Кроме того, когда производится дыхание рот в рот, они прерывают массаж более чем на 10 секунд, делая его, таким образом, малоэффективным. Ко всему прочему существует опасность инфицироваться, поскольку очень часто помощь оказывается незнакомому человеку. Последнее предупреждение: эти процедуры не применяются при оказании помощи тонувшим людям, потому что прежде следует освободить легкие потерпевшего от воды, и тем, кто потерял сознание в результате передозировки наркотиками. Во всех этих случаях лучше дождаться врачей.

Правда, в Америке нельзя оказывать медицинскую помощь — даже экстренную — без соответствующей лицензии. Так что кому направлены эти рекомендации — не совсем понятно.

Источник: InoPressa

Жертвы талидомида добиваются увеличения компенсаций

Британские жертвы талидомида, требующие увеличения компенсаций от фирмы-производителя лекарства, пикетируют посольство Германии в Лондоне. По мнению организаторов акции, разработанная несколько десятилетий назад система компенсаций не в состоянии обеспечить достойную жизнь пострадавшим. Талидомид был изъят из продажи в мире в 1962 г., после того, как было доказано, что прием этого препарата беременными женщинами привел к более чем 10 тысячам случаев врожденных уродств и деформаций конечностей у новорожденных. Половина таких младенцев умерли в первый год жизни. Талидомид был разработан немецкой фармацевтической фирмой Грюненталь и использовался в качестве средства от тошноты и рвоты для беременных. Система компенсаций жертвам талидомида, разработанная в середине 60-х годов правительством Германии, предусматривает пожизненные пенсии для пострадавших, однако их размер существенно варьируется в разных странах. Кроме того, в Италии, Испании и Австрии порядок выплаты компенсаций так и не был утвержден. Спустя несколько десятилетий после талидомидового скандала многие пострадавшие сталкиваются с дополнительными проблемами, связанными со смертью ухаживавших за ними родителей. В связи с этим британский Фонд помощи жертвам талидомида требует от Грюненталь дополнительных выплат в размере 4 миллионов евро. Сейчас в мире насчитывается около 3,5 тысяч людей с врожденными деформациями, вызванными талидомидом. Большинство из них — около 2,7 тысяч человек — проживают в Германии.

Напомним, что талидомид оказался высокоэффективным средством лечения миеломной болезни.

Источник: MedPorta

ФАРМАЦИЯ — НЕ ПАНАЦЕЯ?

(взгляд здорового человека)



ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ: НЕОТЛОЖНАЯ ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА

Б.П. Богомолов

ИЗДАТЕЛЬСТВО НЬЮДИАМЕД

2007 г.

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

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

Книга завершается главой, посвященной принципам лечения инфекционных больных, уходу, питанию, реабилитации. Рекомендуется семейным врачам, инфекционистам, терапевтам, врачам скорой помощи, профильных специальностей, клиническим ординаторам и аспирантам клинических кафедр.

Заявки на приобретение можно направлять по адресу:

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

Тел/факс (499) 782-31-09

E-mail: mtpndm@dol.ru

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

ИнтерНьюс

Первая британская женщина-врач приворвалась мужчиной 56 лет

Исследователям удалось окончательно разрешить 150-летний спор о подлинном происхождении известного британского врача Джеймса Барри. Он скончался во время эпидемии дизентерии в Лондоне в 1865 году. О том, что умерший на самом деле был женщиной, заявила обмывавшая тело служанка. Подтвердить или опровергнуть ее слова не удалось, поскольку военное ведомство, в котором служил Барри, сделало все возможное, чтобы замаять скандальную историю. Многие десятилетия спустя историк Исабель Рэ получила доступ к закрытым архивам британской армии и пришла к заключению, что скрывавшаяся под именем Барри женщину звали Маргарет Бакли. По мнению Рэ, Маргарет взяла себе имя своего дяди, известного ирландского актера Джеймса Барри. Последнюю точку в споре поставил южноафриканский врач Мишель Дю Приз, которому удалось обнаружить личный архив семейства Бакли. Письма из архива свидетельствуют о том, что Маргарет Бакли смогла стать первой британской женщиной-врачом благодаря активному содействию своей матери и ее либерально настроенных друзей. В 1809 году участники «заговора» организовали поездку матери и дочери в Эдинбург. Девушка, выдавшая себя за племянника мисс Бакли Джеймса Барри, поступила на медицинский факультет, об обучении женщин на котором в те времена не могло быть и речи. Графологическая экспертиза подтвердила также, что ранние письма Маргарет Бакли и письма доктора Барри написаны одним и тем же человеком. Кроме того, в архиве адвоката семьи Бакли было найдено письмо, написанное Джеймсом Барри вскоре после прибытия в Эдинбург. Письмо получателя на конверте гласило, что отправителем письма является миссис Бакли. Окончив обучение в 1812 году, Джеймс Барри стал военным медиком и достиг вершин карьеры, дослужившись до должности генерального инспектора военных госпиталей. Он оставил след в истории медицины как инициатор решительных реформ военных госпиталей, создатель больниц для коренного населения колоний и борец с эпидемиями. Джеймс Барри стал первым британским хирургом, успешно выполнившим операцию кесарева сечения, сохранив жизни матери и ребенка. Джеймс Барри был известен вспыльчивым характером, резкими манерами и не раз участвовал в дуэлях. Его также обвиняли в гомосексуальной связи с лордом-правителем южноафриканских колоний Чарльзом Сомерсетом. Впрочем, предполагаемым любовникам удалось добиться официального опровержения клеветнических утверждений.

Источник: medportal.ru

Четверть американских девушек заражены инфекциями, передающимися половым путем

Об этом сообщили представители федеральных Центров по контролю и профилактике заболеваний (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) в ходе конференции, прошедшей в Чикаго. Ученые под руководством С. Форхан проанализировали данные национального опроса с участием 838 девочек в возрасте от 14 до 19 лет, проведенного в 2003—2004 годах. У всех участниц были взяты анализы на четыре половые инфекции — папилломавирус человека (HPV), хламидии, влагалищную трихомонаду и вирус генитального герпеса. В результате исследования почти у 50% чернокожих американских девушек было выявлено хотя бы одно заболевание, передающееся половым путем. У белых этот показатель составил 20%, у американок мексиканского происхождения — также 20%, сообщили ученые. Около половины девушек признали, что вступали в сексуальные отношения, причем у 40% из них были диагностированы половые инфекции. Более одной инфекции было выявлено у 15% американских подростков. Наиболее часто (в 18% случаев) у девушек диагностировали папилломавирусную инфекцию, являющуюся фактором риска рака шейки матки. Около 4% подростков страдали хламидиозом — инфекцией, которая нередко протекает без выраженной симптоматики и может приводить к развитию бесплодия. Еще два заболевания, передающиеся половым путем — трихомоноз и генитальный герпес — были выявлены, соответственно, у 2,5% и 2% девушек. Таким образом, около 3,2 миллиона американских девушек-подростков страдают половыми инфекциями, заявили специалисты CDC. Они отметили, что в ходе исследования не учитывались такие заболевания как сифилис, гонорея и ВИЧ.

Источник: medportal.ru

Начало на стр. 7

Впрочем, это все бальванство и суггестия, а вот травами пользовались веками, и часто это было единственным спасением от множественного лиха. Многовековой опыт русских селений, собранный в «Домострое», содержит такое количество занимательных предписаний, что некоторые необходимо привести. В разделе «Лечебник от многих мудрецов о различных врачебных вещах, ко здравью человеческому предстоящих» находим рецепты по всякому поводу. Вот простой способ излечить рану — дать ее ползать собаке. Вообще, с собаками поступали совсем по китайской методе. Ее сердце сушили, мелко терли, смешивали с водой и мазали грудь у сердца, «отводя излишнюю сонливость», собачью желчь использовали при загноившихся глазах, а шерсть — от «коросты». Вовсю досталось и петуху: его мозг, особым способом приготовленный, использовали от лихорадки и болезни суставов и т. д. Огородная мокрица помогала от мокрот, насморка и заживляла ожоги; земляничная вода употреблялась от печени, укрепляла сердце и убирала камни; вода сельдерея лечила бельма, пелены глаз, печень, селезенку и «дух смердящ из рта выгоняла». Горячим уксусом, смешанным с солью, натирали ладони и подошвы — «и то велика им польза».

Есть рекомендации и на актуальные темы — посещение бань. Первая заповедь: «Никто да ни пьет вина, или пива, или иного студеного пития в мыльне». А после бани нельзя есть чеснок, перец, лук, ибо «от того родится болезнь, кая именуется канинус аппетита, сиречь неаясть». Сиречь, добавим, лошадиный аппетит.

То есть, ко всему приспособивался человек, путем проб и ошибок пытаясь повернуть время вспять и поспорить с природой, ее же и пуская для этого в дело. Однако ни одну эпидемию камни, травы, заговоры не предотвратили.

Вообще-то все эти сопряжения с драгоценными камнями и металлами-антисептиками имеют в основе не только суеверие, но и большую долю лени: на шею повесил — и здоров. Вот в Китае, например, чтобы добиться результатов сродни глотанию толченого изумруда, надо было много постараться. Даосы, например, различали только способов выдоха шесть. А в целях похудения дышали так, что ни одна модель не согласится: лучше тайскую таблетку — и с концом. А тут целая наука: накопить воздух в груди, при выдохе направить через диафрагму в живот... Кто пойдет на такие жертвы? К тому же, надо знать, что такое диафрагма. А ведь какой опыт накопили мудрые люди: болит позвоночник — вращай корпус вокруг своей оси, хочешь, чтобы мозг работал активнее — резко опустись на пятки.

А вообще, врачебному сословию от продвинутых пользователей никакой пользы. Порхают себе по разнотравью,

яко пчелы, дышат в унисон с Востоком, а к специалисту — ни ногой. Надо ведь и полечиться для продвижения науки и движения капитала.

Сегодняшние отношения человек — аптека точно отражают положение дел в обществе потребления. Лекарства встали в ряд с жизненно необходимыми вещами — здоровье нынче в моде — и люди отказывают себе в питании, чтобы приобрести дорогостоящую паначею. Иногда в виде пищевой добавки, которую, бывает, и добавлять-то не к чему. И если раньше походный набор домохозяйки состоял из анальгина и валидола, сейчас в сумочке выходящего из дому — по паре «чистых и нечистых» из очередного рекламного блока. Что плодим? Как невозможно перепробовать все сорта конфет, колбас, консервов, так и сотни клонированных аналогов лекарств от всего на свете.

Сто лет назад Бернард Шоу, страдавший от сильнейших мигреней, спросил у полярника Нансена, не открыл ли тот средства от головной боли. В ответ на изумленное «нет» великого исследователя Шоу саркастически заметил: «Вместо того, чтобы открывать Северный полюс, до которого никому дела нет, следовало бы заняться более серьезными вещами». Ну, занялись, и теперь средств от головной боли ровно столько, сколько голов на планете. А названия! Столь заманчивы разве бренды французской парфюмерии. А все одно — анальгин.

Ну, не бывает так, чтобы съест таблетку и проснуться молодым и здоровым: разновидность котла с «омолаживающим» кипятиком. Только с отложенными последствиями. И душа, и тело «обязаны трудиться» — аптеки оставим на крайний случай. Кстати, об этом же в «Домострое»: «востребуеши лекаря, разве великия нужды». Таблетками стали не только глушить боль, давление, килограммы, но и реагировать на любое неожиданное движение души. «О! Как нужны нам недуги!» — восклицал Гоголь. Здоровье, отмечал классик, толкает человечество на «какие-то прыжки и желанье порисоваться», а болезни заставляют заглянуть вглубь себя и задуматься.

Так, может, не стоит при каждом случае применять химическую защиту, есть другие методы и средства. Чему-то нас научат врачи и древние практики, что-то сообразим сами. Ведь, точно, не знал Проспер Мериме о древней китайской практике «поглощения солнца», а вывел собственную формулу: «Когда вам за сорок, надо как можно больше быть на солнце. Оно лучше всякого врача. Я давно был бы мертв, похоронен и замещен в Академии, если бы не постиг мудрости ласточек». Да и вечные ценности — любовь, дружбу, искусство, путешествия — никто не отменял: пользуйтесь на здоровье!

ЕЛЕНА КАЗЕННОВА



XIII Международная научно-практическая конференция

«ПОЖИЛОЙ БОЛЬНОЙ. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ»

29 сентября—1 октября 2008 года

Центральный дом ученых РАН, Москва

Web-сайт: www.zdrav.net, www.zdravkniga.net

E-mail: gerontology@zdrav.net

Постоянно действующий Организационный комитет конференции «ПОЖИЛОЙ БОЛЬНОЙ. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ» сообщает о проведении

29 сентября—1 октября 2008 года

XIII Международной научно-практической конференции.

ОСНОВНЫЕ НАУЧНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ КОНФЕРЕНЦИИ:

- Организация медицинской и социальной помощи пожилым. Современные геронотехнологии. Сестринский процесс.
 - Геронтологические аспекты терапии (кардиология, ревматология, гематология, и т. д.), хирургии, офтальмологии, стоматологии, неврологии и психиатрии.
 - Теоретические основы геронтологии, старение, геропротекторы.
 - Стандартизация, медицина, основанная на доказательствах, и клинико-экономический анализ в гериатрии
 - Геронтофармакология
- Во время конференции будет проходить выставка ведущих фирм, производящих лекарственные препараты, лечебное и реабилитационное медицинское оборудование, предметы ухода для пожилых.

ВАЖНЫЕ ДАТЫ

Предоставление тезисов до 30 июня 2008 г. Заявки на гостиницу до 1 сентября 2008 г.

Правила оформления тезисов. Тезисы объемом не более 400 слов (3500 знаков — до 1,5 страниц формата А4), шрифт 12, 1,5 интервала размещаются ONLINE или пересылаются в 2-х экземплярах в адрес Оргкомитета с приложенной дискетой с электронным вариантом (Word для Windows). Воспроизведение с авторского оригинала без редактирования — ответственность за все ошибки лежит на авторе тезисов.

В присланных тезисах должны быть указаны название, авторы (ФИО представляющего автора должно быть внесено первым), организация, желательны — цели и задачи исследования, описание методов и полученных результатов с приведением цифровых данных, заключение. Дополнительно предоставляется: контактная информация каждого из авторов, информация об учреждениях каждого из авторов: отдел, организация/больница, город, страна

ЗАРЕГИСТРИРОВАТЬСЯ

на XIII Международной научно-практической конференции «Пожилкой больной. Качество жизни», забронировать номер в гостинице вы сможете ONLINE или направив в адрес Оргкомитета заявку на участие по почте или по факсу.

Регистрационный взнос с учетом действующих налогов составляет 2000 руб. и обеспечивает аккредитацию участника конференции, публикацию тезисов, получение опубликованных тезисов, папки с материалами конференции, ежедневный обед. Для членов Научного медицинского общества геронтологов и гериатров — оплата в размере 50%. Вопрос о возможности аккредитованных участников выступить с устным сообщением решается Организационным комитетом на основании заявки и тезисов. Регистрационный взнос следует перечислять на расчетный счет ООО «МТП Ньюдиамед» с указанием фамилии участника конференции. К/с 301 018 100 000 000 005 05 Р/с 407 028 105 000 000 004 85 в АКБ «СТРАТЕГИЯ» (ОАО) БИК 044 579 505 Код по ОКОНХ: 91514 Код по ОКПО: 189 440 19 ИНН 770 224 522 0 КПП 770201001

Адрес Оргкомитета: Москва, 115446, Коломенский проезд д. 4, ГКБ № 7, Кафедра гематологии и гериатрии ММА им. И.М. Сеченова, Оргкомитет Конференции: «ПОЖИЛОЙ БОЛЬНОЙ. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ». Телефон/факс: (499) 782-31-09, E-mail: gerontology@zdrav.net. Web-сайты: www.zdrav.net www.zdravkniga.net

11 апреля — Международный День освобождения узников фашистских концлагерей. В этот день 1945 г. узники Бухенвальда подняли восстание против гитлеровской охраны и вышли на свободу. Всего на территории Германии и оккупированных ею стран действовало более 14 тысяч концлагерей. По признанию самих эсэсовцев, узник, продолжительность жизни которого в лагере составляла менее года, приносил нацистам почти полторы тысячи рейхсмарок чистой прибыли. За годы второй мировой войны через лагерь смерти прошли 18 миллионов человек, из них 5 миллионов — граждане Советского Союза.

Нобелевский лауреат — заказчик Менгеле

Во всех концлагерях велись медицинские опыты над заключёнными, в том числе и над детьми. Имя главного врача Освенцима Йозефа Менгеле стало нарицательным. Заключённые прозвали его «доктор Смерть». До последнего времени думали, что Менгеле — врач, нацистский преступник, который использовал тысячи узников Освенцима для ужасных и смертельных экспериментов, действовал в одиночку. Как оказалось, он был исполнителем и прилежным сотрудником некоторых ведущих немецких ученых того времени. По меньшей мере двое из них спокойно продолжали свою карьеру и после войны: лауреат Нобелевской премии Адольф Бутенандт и доктор Отмар фон Вершурер.

По существу концлагеря были полевыми филиалами Max-Planck-Gesellschaft, (ведущий германский институт биологических, медицинских и биотехнологических исследований). До войны это заведение называлось Kaiser-Wilhelm-Gesellschaft.

Красная кровавая нить заключенных связывала великолепие виллы Далема, богатого квартала Берлина, с бараками Освенцима. Институт проводил опыты на органах, которые вырезал у детей «доктор Смерть». За исследование половых гормонов Бутенандту (совместно с Ружичкой) в 1939 была присуждена Нобелевская премия по химии. Бутенандт, чьи исследования в сфере половых гормонов и протеинов входят в число самых важных научных завоеваний XX века, обвинялся в проведении экспериментов над людьми: речь идет о воздействии некоторых видов плесени на клетки печени. Тяжелые тучи сомнений нависли и над его «проектом гемопетина», исследованием о веществах, которые могут улучшить качество крови у летчиков Люфтваффе и позволить им выжить в холодной воде или холодном климате.

После войны Институт биохимии Кайзера Вильгельма переехал в Тюбинген, и Бутенандт был назначен там профессором физиологической химии. С переездом Института биохимии кайзера Вильгельма в Мюнхен в 1956 г. Бутенандт был назначен профессором физиологической химии Мюнхенского университета. Здесь он получил бомбикол, вещество, принадлежащее к новому классу биологических соединений, называемых феромонами, и установил его природу. С 1960 по 1972 г. Бутенандт был президентом Общества Макса Планка.

Другим заказчиком «доктора смерти» выступал Отмар фон Вершурер, признанный авторитет в области изучения близнецов. Исследования, принесшие ему мировую славу, доктор Вершурер проводил на «препаратах Менгеле» — глазах детей-близнецов, пробах крови «людей иной расы», головах обезглавленных детей, скелетах новорожденных евреев, еще живыми заспиртованных в формалине. «Некоторым близнецам впрыскивали в глазницы и зрачки колоранты, чтобы изменить цвет глаз и изучить возможность производства близнецов-арийцев с голубыми глазами. В конце концов, у детей вместо глаз оставались зернистые сгустки, и они умирали в страшных мучениях», — утверждает эксперт Эрнст Клее.

Адольф Бутенандт и доктор Отмар фон Вершурер пользовались славой ученых мирового уровня и научных редакторов New York Times. Первый в 1972 году был президентом Max-Planck-Gesellschaft, второй возглавлял в новорожденной Федеральной Республике немецкое общество антропологии. Ни один из них никогда не отвечал за связи с Менгеле.

Во время II Мировой войны Дахау приобрел зловещую известность как один из самых ужасных концлагерей, в которых проводились медицинские эксперименты над заключенными. Доктор Класс Шиллинг создал малярийную лабораторию. Были инфицированы тысячи узников. Ещё были лаборатории сепсиса и флегмоны, туберкулёзные лаборатории. Специально для Люфтваффе проводились в широком масштабе опыты по переохлаждению организма, а также кислородного голодания. Доктор Рашер, занимавшийся этими экспериментами, докладывал: «Подопытные после процедур с воздушной эмболией до возвращения сознания доведены до смерти».

В Бухенвальде в основном занимались разработкой противотифозной вакцины. Ответственным за данные опыты был Институт гигиены войск СС. В Бухенвальде проводились также эксперименты по заражению желтой лихорадкой, оспой, паратифом, дифтеритом. Экспериментировали с отравляющими веществами. Генрих Гиммлер и другие высокопоставленные нацисты регулярно посещали с инспекционными поездками лагерь, где наблюдали за этими опытами.

«Ангел смерти» Освенцима

Под влиянием фон Вершурера Менгеле, в юности увлекшийся расовой теорией, проводил опыты с цветом глаз. Ему зачем-то понадобилось на практике доказать, что карие глаза евреев ни при каких обстоятельствах не могут стать голубыми глазами «истинного арийца». Сотням евреев он делает инъекции голубого красителя — крайне болезненные и часто приводящие к слепоте. Он также занимался исследованием воздействия физического и психического истощения на организм близнецов. Из 3 тысяч малолетних близнецов выжили лишь 200 человек! Близнецам переливали кровь и пересаживали органы друг от друга. Сестер заставляли рожать детей от братьев. Проводились операции по принудительной смене пола. Перед тем как приступить к опытам, доктор Менгеле обычно гладил ребенка по голове и угощал его шоколадкой.

Менгеле был ранен на восточном фронте и признан непригодным к службе в действующей армии. После выздоровления 24 мая 1943 года получил должность доктора «цыганского лагеря» в Освенциме. В августе 1944 года эта часть лагеря была закрыта, и все её узники уничтожены в газовых камерах. После этого Менгеле был назначен главным врачом Биркенау (одного из внутренних лагерей Освенцима).

За 21 месяц своей работы в Освенциме Менгеле заработал репутацию одного из самых опасных нацистов, получил кличку «Ангел Смерти». Он лично встречал поезда узников, приезжавших в лагерь, и сам решал, кому из них предстоит работать в лагере, кто пойдёт на его опыты, а кто отправится напрямиком в газовую камеру.

Менгеле обычно без всякой анестезии отсекал часть печени или других жизненно важных органов у еврейских детей и убивал их ударами по голове, если возникала необходимость в только что умершем «подопытном кролике». Многим детям он вводил в сердце хлороформ, других своих подопытных он заражал тифом. Многим еврейским женщинам Менгеле вводил в яичники бактерии. Заключенных концлагеря намеренно заражали различными заболеваниями, чтобы проверить на них эффективность новых лекарств. Многие дети были убиты Менгеле смертельными инъекциями летом 1944 года.

«Менгеле путем преступных методов превратил Освенцим в самую большую биотехнологическую лабораторию в мире с человеческими существами вместо подопытных животных», — утверждает эксперт Эрнст Клее. С приходом Менгеле Освенцим стал «крупным научно-исследовательским центром». Круг «научных» интересов этого человека

Продолжение на стр. 10

ИнтерНьюс

Вымираем, братцы... Минздрав — против.

Эксперты ООН полагают, что численность населения России сократится к 2050 г. до 100 млн человек, если не принять необходимые меры. Меры, предлагаемые российским руководством, недостаточны. «Сохранение таких нынешних тенденций, как низкая рождаемость и высокая смертность, может привести к тому, что численность населения России к началу 2025 г. сократится до 125—135 млн человек, а к 2050-му — до 100 млн человек... Пока нет оснований полагать, что удастся быстро преодолеть кризис и стабилизировать численность населения... Оптимизм официальных лиц, полагающих, что уже к 2015 г. в России удастся остановить убыль населения, а к 2025 г. — увеличить население до 145 млн человек», необоснован. Продолжающееся старение населения может привести к сокращению численности трудоспособной его части до 1 млн в год уже к 2020—25 гг. «Показатель иждивенческой нагрузки вырастет с 585 до 670—750 на 1000 трудоспособного населения, а к 2050 г. — до 900—1000... Даже если благоприятная динамика сохранится в ближайшие 5 лет, убыль населения будет продолжаться». Для борьбы с проблемой авторы предлагают ужесточить борьбу с алкоголизмом и курением, совершенствовать меры профилактики заболеваний и миграционную политику. Отмечается необходимость улучшения жилищной ситуации для большего числа семей, включая молодые, и развития форм занятости и труда, наращивания темпов строительства детских дошкольных учреждений, стремления к увеличению минимальной зарплаты и зарплат бюджетников, увеличения семейных пособий и налоговых льгот.

Минздравсоцразвития России основными показателями, усугубляющими демографическую проблему, считает сердечно-сосудистые заболевания и дорожно-транспортные происшествия. За период с 01.01.07 года по 01.04.08 в России родилось более 2 млн детей. Это настоящий демографический взрыв, которого не демонстрирует ни одна из развитых стран. Российские власти признают наличие демографической проблемы и за последнее время приняли несколько законов, призванных бороться с ней. В частности, 01.01.07 вступил в силу закон о «материнском капитале»: государство будет начислять женщинам по 250 тыс. руб. за рождение или усыновление 2-го и каждого последующего ребенка. Семьи смогут воспользоваться деньгами только при достижении ребенком 3-летнего возраста, и весьма ограничены в использовании этих средств: они должны пойти на оплату образования ребенка, на приобретение жилья или на формирование накопительной части пенсии матери.

Источник: BBCRussian.com

Вымирают и соседи

При социализме показатель рождаемости, обозначающий теоретическое количество детей на одну способную забеременеть женщину, в странах бывшего СССР, входящих сегодня в ЕС, составлял 2,1, а в настоящее время — не превышает 1,3. По мнению латышского демографа В. Станкуниене, это снижение объясняется политической, экономической и социальной нестабильностью, которая существовала после распада СССР. В связи с переходом к рыночной экономике в странах быстро менялись условия жизни. Жители Восточной Европы лишились различных материальных благ, которые они получали со стороны государства при советской власти. Сегодня в некоторых странах Восточной Европы принимаются меры, стимулирующие уровень рождаемости. Так, в Румынии родителям выплачивают около 1,5 тысячи евро в течение 2 лет после рождения ребенка. В Словакии за новорожденного родители получают 340 евро, а за каждого последующего ребенка — 140. В Болгарии поощряются студенческие семьи: государство полностью оплачивает обучение в вузах, если за 5 лет учебы в семье студентов появятся на свет 2 детей. Однако, по мнению экспертов, чтобы увеличить рождаемость, помимо финансовой помощи необходимо создать больше возможностей для работы на дому или на условиях неполного рабочего дня, а также предоставить больше мест в детских садах.

Источник: www.rjan.ru

От редакции: Некоторое время назад мы задались вопросом — почему преступники-врачи, работавшие в концлагерях, ушли от справедливого возмездия? Тогда же предположили, что их «исследования» продолжают использоваться и в настоящее время. Один из возможных ответов вы найдете в публикуемом ниже материале.

НЕЛЮДИ

Валерий Каджая



только что умершем «подопытном кролике». Многим детям он вводил в сердце хлороформ, других своих подопытных он заражал тифом. Многим еврейским женщинам Менгеле вводил в яичники бактерии. Заключенных концлагеря намеренно заражали различными заболеваниями, чтобы проверить на них эффективность новых лекарств. Многие дети были убиты Менгеле смертельными инъекциями летом 1944 года.

«Менгеле путем преступных методов превратил Освенцим в самую большую биотехнологическую лабораторию в мире с человеческими существами вместо подопытных животных», — утверждает эксперт Эрнст Клее. С приходом Менгеле Освенцим стал «крупным научно-исследовательским центром». Круг «научных» интересов этого человека



КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ
3-е издание
дополненное с приложениями
Под редакцией профессора П.А. Воробьева
Издательство НЬЮДИАМЕД
2008 г.

ВЫШЛА В СВЕТ НОВАЯ КНИГА!

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

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

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

ИнтерНьюс

Дождались от думак

Наконец Госдума приняла закон «О присоединении РФ к Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака», принятой в мае 2003 года. Не прошло и пятилетки...

Эта конвенция не является документом прямого действия, а только определяет стратегию госрегулирования в табачной отрасли. Основные положения документа распространяются на следующие сферы: ценообразование и налогообложение табачных изделий, защиту людей от табачного дыма, регулирование ингредиентов табачной продукции, требования к информации для потребителей, наносимой на упаковку, а также рекламу, борьбу с нелегальной торговлей табачной продукцией, недопущение продажи табачных изделий несовершеннолетним. Что же нас наконец ждет: Россия обязана будет в течение 5 лет ввести ограничения всех видов рекламы табака, вплоть до ее полного запрета. Предупредительная надпись на упаковке табачных изделий «должна будет занимать не менее 30% площади большей стороны пачки» (сейчас 4%). Такая подробная крупная надпись сейчас делается в большинстве стран, на Украине, в Турции, скандинавских странах и т. д. вместо мараматического «Минздрав предупреждает...»

На ноябрь 2007 г. Конвенцию ратифицировали 152 страны. В документе прописан пакет мер, которые должны предпринять государства-участники для сокращения спроса на табак. Так, в течение 5 лет после присоединения к этому документу страна-участница должна выработать законодательные, исполнительные и административные меры по сокращению табакокурения. С целью понижения доходности табачного бизнеса странам рекомендуется повысить налоги на табачные изделия, ограничить или прекратить их продажу в зонах бесплодной торговли, запретить рекламу, участие табачных компаний в спонсорских акциях, причем не только на территории данной страны, но и за ее пределами. Документом предусматривается также полное оснащение сигаретных пачек всей необходимой информацией, включая содержание смол и никотина, степень крепости и легкости, а также предупреждение об опасности для здоровья. В соответствии с документом, Россия должна подготовить программу по борьбе с курением. Минздравсоцразвития готовит проект Национальной стратегии по борьбе против табака и план ее реализации. Эксперты считают, что наша страна — один из мировых лидеров как по потреблению табака на душу населения, так и по темпам распространения этой вредной привычки, занимает лидирующее место по подростковому курению. Число курильщиков в России достигло 38,8 млн человек. По данным Роспотребнадзора, за последние 20 лет их число увеличилось на 440 тыс. человек, в основном за счет молодежи и женщин. В курение вовлечены почти 3 млн подростков. По различным оценкам экспертов, в России от болезней, связанных с табаком, ежегодно умирают от 330 тыс. до 500 тыс. человек, ежедневно — около 700.

В настоящее время действует запрет рекламы табачных изделий в теле- и радиопрограммах, в изданиях, предназначенных для подростков, в детских, образовательных, медицинских, культурных и спортивных учреждениях. А 2 апреля текущего года Госдума одобрила в первом чтении концепцию законопроекта о запрете рекламы табака и алкоголя на всех видах транспорта.

Формулярный комитет РАМН, многие общественные организации неоднократно призывали властные структуры усилить борьбу с этим очевидным злом, являющимся одним из самых значимых на сегодняшний день и устраняемых факторов риска.

Источник: АМИ-ТАСС

Клиника для «сталкеров»

В Германии начал работу 1-й в стране консультационный центр, призванный помогать людям, одержимым преследованием других. Таких людей называют «сталкерами». В 2007 г. выселение или чрезмерное навязывание себя другим стало в Германии уголовно наказуемым. В тот год в полицию поступило более 1000 жалоб на «сталкеров». Теперь, согласно немецким законам, человек, преследующий другого, может быть приговорен к штрафу или лишению свободы сроком до 10 лет. Максимальный срок заключения грозит тем, чье поведение спровоцировало смерть человека. Уникальный консультационный центр, открытый в Берлине, призван помочь «сталкерам» справиться с деструктивной привычкой.

«Преследование — это как физическая зависимость. Правонарушитель лишь продолжает увеличивать дозу», — говорит психолог Вульф Ортиц-Мюллер. Исследовать причины поведения «сталкеров» и помогать преодолевать им эту проблему в центре будут пять психотерапевтов и социальных работников. Все консультации бесплатные, анонимные и без предварительной записи. На сайте центра под названием Stop-Stalking указано, что он будет тесно сотрудничать с полицией.

Источник: Rbc

Начало на стр. 10 ↗

был необычайно широк. Начал он с работ по «повышению плодородности арийских женщин». Потом руководство нацистской партии поставило перед доктором новую, прямо противоположную задачу: найти наиболее дешевые и эффективные методы ограничения рождаемости «недочеловеков» — евреев, цыган и славян. Искалечив десятки тысяч мужчин и женщин, Менгеле пришел к выводу: самый надежный способ избежать зачатия — это кастрация.

«Исследования» шли своим чередом. Вермахт заказал очередную тему: выяснить все о воздействии холода на организм солдата (гипотермия). Методика экспериментов была самой незамысловатой: берется заключенный концлагеря, обкладывается со всех сторон льдом, «врачи» в эсэсовской форме постоянно замеряют температуру тела. Когда подопытный умирает, из барака приводят нового. Вывод: после охлаждения тела ниже 30 градусов спасти человека, скорее всего, невозможно. Лучшее средство для согревания — горячая ванна и «естественное тепло женского тела».

Люфтваффе, военно-воздушные силы Германии, заказали исследования по теме: влияние большой высоты на работоспособность пилота. В Освенциме построили барокамеру. Тысячи заключенных приняли страшную смерть: при сверх-

низком давлении человека просто разрывало. Вывод: надо строить самолеты с герметичной кабиной. Кстати, ни один из таких самолетов в Германии до самого конца войны так и не поднялся в воздух.

В 1945 г. Йозеф Менгеле аккуратно уничтожил все собранные «данные» и сбежал из Освенцима. До 1949 г. он спокойно работал в родном Гюнцбурге на фирме отца. Потом по новым документам на имя Хельмута Грегора эмигрировал в Аргентину. Паспорт преступник получил вполне легально, через Красный Крест. В те годы эта организация оказывала благотворительность, выдавала паспорта и проездные документы десяткам тысяч беженцев из Германии. Возможно, поддельное удостоверение личности Менгеле просто не смогли тщательно проверить. Тем более что искусство подделки документов в Третьем рейхе достигло небывалых высот.

Так или иначе, Менгеле оказался в Южной Америке. В начале 50-х, когда Интерпол выдал ордер на его арест (с правом убить его при задержании), Йозеф перебрался в Парагвай. Все с тем же паспортом на имя Грегора Менгеле неоднократно посещал Европу, где остались его жена и сын. Швейцарская полиция следила за каждым его шагом — и ничего не делала. В достатке и довольствии Менгеле дожил до 1979 г. Он утонул в теплом океане во время купания на одном из пляжей в Бразилии.

Не успели отгреть страсти по прекращению операций из-за исчезновения препаратов, необходимых для проведения наркоза и послеоперационного ведения больных, как накатила новая волна: исчез из аптек варфарин — препарат, разжижающий кровь. Его принимают пожизненно те, у кого высок риск тромбозов сосудов, при мерцательной аритмии с целью уменьшения возможности инсульта (тромб образуется в сердце и оттуда «стреляет» в мозг), после операций на сердечных сосудах.

«провалы рынка»: дешевые, но жизненно необходимые лекарства должны быть обеспечены государством. Это — стратегическая задача выживания страны, основа социальной стабильности. Но, видимо, эта задача не понятна нашим здравоохраненческим руководителям...

Фирма-производитель (их 2 — одна западноевропейская, вторая — прибалтийская) прямо говорит — препарат не «кассовый». Но предпринимают усилия по завозу его из стран СНГ, в частности — из Казахстана, так как для России, судя по всему, не предполагали его производить дальше. Формулярный комитет не раз ставил вопрос о необходимости государственного контроля, мониторинга ситуации с поставками жизненно необходимых препаратов, о формировании списка «стратегического запаса», который должен быть вне зависимости ни от чего в наличии в стране. Отсутствие такового или наполнение его вышедшими из употребления старыми препаратами делает страну уязвимой перед любой катастрофой — политической, экономической, техногенной, природной. Это все — не шутки.

ОБЩИЙ АНАЛИЗ от П. Медика СТРАНА УЯЗВИМА ПЕРЕД ЛЮБОЙ КАТАСТРОФЕЙ

Больные мечутся между аптеками, аптеки пытаются узнать у дистрибьюторов — препарата нет. И опять, похоже, что проблемы бессмысленной перерегистрацией, долгое затягивание всех процедур, их высокая взяткоемкость заставляет производителей отказываться от нашего рынка, если препарат дешевый. Этот процесс известен в рыночных отношениях под термином «вымывание дешевого ассортимента». Но лекарственное обеспечение — не рынок, это давно поняли в капиталистических странах и назвали это термином



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, Кафедра гематологии и гериатрии.

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

E-mail: mtpndm@dol.ru, balch@dol.ru, www.zdravkniga.net, www.zdrav.net, www.rspor.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%).

ПИСЬМА

Мое знакомство с американской медициной, а точнее самым ее интимным разделом — гинекологией, началось неожиданно... Миленькая песенка «Я твоя киска, твоя маленькая киска Пусси» обернулась сплошным конфузом, когда я в свой первый приезд к мужу в Соединенные Штаты исполнила ее в качестве подарка на английском языке, и предложила спеть ее всем вместе на приеме, который мы устраивали для друзей. Будучи джентльменом, муж ни одним мускулом не выдал своего изумления и деликатно объяснил, что употреблять это «имя» всуе не следует, потому что для всего мужского населения Америки от мала до велика оно является определенным кодом, обозначающим женские гениталии...

Приключения «Пусси» или гинекология по-американски

В Штатах вышеозначенной сферой занимаются, натурально, гинекологи, и общение с ними не отличается от российских, я бы даже осмелилась сказать, советских стандартов. Может быть, только повышенной деловитостью и спешкой, которая вообще характерна для врачей на Западе. Что же касается затрат за обслуживание, то стремительное сближение расценок на медицинские услуги в Америке и России выглядит довольно странно, поскольку аналогичного сближения в сфере доходов для подавляющего большинства населения, увы, пока не наблюдается. Что действительно поразило меня своей неожиданностью, так это то, что даже за большие деньги вы все равно сидите в очередях, и на дом к вам никто не придет, как бы вы себя ни чувствовали. Эмбуланс (скорая помощь), конечно, по вызову приедет и фельдшер доставит вас в больницу. Ехать туда нужно обязательно, иначе платить за скорую придется из своего кармана. Ручаюсь, мало не покажется. В стационарах из тех же соображений никто долго не нежится и, если нет особых обстоятельств, то пациенты отправляются домой зализывать раны в тот же день.

На этой почве произошел забавный случай с моей приятельницей, тоже русской дамой. Будучи прооперированной по поводу кисты яичника и наслышавшись на родине легенд о необыкновенном сервисе за рубежом, подруга на следующее утро, услышав телефонный звонок и традиционный вопрос «как ваши дела?», была абсолютно уверена, что звонят из больницы, и, ничтоже сумняшеся, откровенно выложила все подробности. Звонившего дилера это несколько не смутило, и он предложил в качестве утешения купить у него стиральную машину со скидкой...

Врачи, как и все другие категории трудящихся, бывают хорошими и не очень хорошими. Однажды мне сильно не посчастливилось в связи с болезнью моего доктора попасть на прием к стажерке-китаянке. Она долго и безо всякого успеха копалась в моих внутренностях, а потом предложила прийти через несколько дней и продолжить обследование с «усыплением». Когда мой супруг увидел, в каком жалком состоянии я являлась домой, он немедленно отправился в больницу выяснять отношения, и я с трудом отговорила его не начинать судебного разбирательства. Вообще, привлечение к суду — «дамклов меч», который висит над головой каждого гражданина США, и почти превратилось в национальный вид спорта. Огромное количество процессов происходит и в области медицины, поэтому государством были предприняты специальные меры по защите медиков. В гинекологии, например, во время непосредственного обследования пациента врачом, в кабинете обязательно должна присутствовать медсестра в качестве свидетеля. Даже в тех случаях, когда врач тоже женщина.



Не секрет, что доктора и юристы на западе принадлежат к категории самых высокооплачиваемых специалистов, и это, к сожалению, нередко приводит к синдрому так называемой «абсолютной правоты». Решения зачастую, особенно в среде хирургов, принимаются быстро и безапелляционно, а идея попробовать для начала что-нибудь альтернативное, более «вегетарианское» обычно не кажется им убедительной. Я, естественно, не имею в виду скоромощные ситуации, когда промедление действительно может стать «смерти подобно».

Вот, к примеру, история моей соседки. Она на протяжении нескольких лет страдает от заболевания, которое в России в просторечии называется выпадением матки, а у врачей — опущением мочевого пузыря и прилежащих органов. Болезнь неудобная, неприятная и попросту мешающая жить, поскольку все это приводит еще и к недержанию. Миллионы не старых, еще активных женщин мучаются, находясь в этой ситуации и стараясь найти хоть какое-нибудь решение проблемы. Врач, к которому Сью обратилась, порекомендовал операцию, основанную на созданной им революционной методике. Идея заключается в удалении всех отработанных детородных органов и подтяжке мочевого пузыря, с последующим закреплением на специальных тросиках. Пациент находится под глубоким наркозом более 3,5 часов и вынужден оставаться в больнице по крайней мере 2 дня, пока травмированные органы не позволят уйти на свободу. Кроме того, какое-то время необходимо жить с катетером, и даже шутка доктора, что это уникальная возможность почувствовать себя мужчиной, вряд ли может быть оценена по достоинству на общем фоне предстоящей перспективы. Соседка, жутко расстроенная, поехала домой и по дороге купила какой-то дамский журнал. Там она обнаружила рекламу специально разработанных тренажеров системы «кегелсайз» и «ФРТ» (женский персональный тренер) для укрепления мышц «причинного места». Так почему бы не попробовать? Даже если это и не будет спасением, то отсрочкой и возможностью морально подготовиться к непростому испытанию. Стоит эта «игрушка» около 100 долларов, что по сравнению с 30 000 долларов за операцию составляет большую разницу. Конечно, большинство обычно покупает страховку, которая, в зависимости от ее стоимости и страхового репутации плательщика, может снизить оплату в разы, скажем, за данную операцию до 3,5 тысяч. Но и эта сумма, плюс лекарства и другие сопутствующие расходы заметно облегчат кошелек больного. И ничего, соседка пока как-то живет без «революционной» операции...

Как ни крутись, а в любой стране помочь с проблемами может только хороший, знающий специалист. И если уж нас втиснули в рыночные отношения, надо играть по правилам и искать на рынке медицинских услуг такого врача, который будет хорош и полезен именно для нас, а также иметь соответствующий рейтинг и репутацию. Жизнь наша, нам и решать, кому себя доверить и как себя застраховать. А то еще судиться начнем, как американцы.

ЛЮДМИЛА ГРЭБИЛ

ИнтерНьюс

Спите — и похудеете

Согласно исследованиям французских ученых, соблюдение режима сна не только помогает избежать проблем с лишним весом, но и сэкономить средства. Выяснилось, что помимо общеизвестных причин избыточного веса — неправильного питания и низкой физической активности, — к лишнему весу приводит недостаток сна. Это удалось проследить после многочисленных опросов населения в 7 странах. Если человек 2 ночи подряд спит по 4 часа, у него вырабатывается почти в 2 раза больше гормона (грелина), отвечающего за чувство голода, чем лептина, который регулирует содержание жира в организме и снижает аппетит. Особенно от недостатка сна страдают дети. Шанс заболеть ожирением у детей, испытывающих недосып, на 92 процента больше, чем у остальных детей. При этом, как отмечают ученые из Университета здравоохранения «Блумберг» Джона Хопкинса, каждый лишний час сна снижает вероятность того, что ребенок будет страдать от избыточного веса, на 9%. У женщин недосып отражается не только на их фигуре, но и приводит к высокому риску сердечно-сосудистых заболеваний, депрессии и различным психологическим заболеваниям.

Источник: www.rjan.ru

Агентство Исследований Системы Здравоохранения опубликовало перечень болезней, составленный на основе статистики 2005 года, которые в США лечить дороже всего.

В десятку попали: сердечно-сосудистые заболевания (ежегодно обходятся экономике США в \$76 млрд); травмы (на лечение тратится \$72 млрд); рак (\$70 млрд); психические заболевания, включая депрессию (\$56 млрд); астма (\$54 млрд); гипертония (\$42 млрд); диабет второго типа (неинсулинозависимый) и болезни суставов (по \$34 млрд); проблемы спины и рождение детей (по \$32 млрд). Странная какая-то классификация...

Источник: Remedium.ru

Ударим генами по железодефицитной анемии

Американцы обнаружили ген, обуславливающий плохой ответ на терапию железом при железодефицитной анемии. У части больных достичь оптимального уровня железа в организме с помощью стандартной терапии не удается. Именно такие пациенты заинтересовали медиков из США. В исследовании были включены дети с хроническим дефицитом железа, в семьях которых были зарегистрированы случаи аналогичного заболевания, а также несколько пациентов без семейного анамнеза анемии. Ни у одного из пациентов не были обнаружены типичные причины железодефицитной анемии, в том числе недостаточное поступление микроэлемента с пищей, хроническая кровопотеря и состояния, при которых нарушается всасывание железа в кишечнике. При генетическом исследовании у всех больных найдены различные мутации в гене Tmprss6, которые и определяют плохой ответ на терапию железом. Все обнаруженные мутации являются рецессивными, что подтверждается отсутствием заболевания у родителей. Ген Tmprss6 кодирует белок, тормозящий активность фермента гепцидина. Белок, к избыточному синтезу которого приводят обнаруженные мутации, подавляет всасывание железа в двенадцатиперстной кишке и препятствует его высвобождению из макрофагов. Именно поэтому анемия у таких пациентов не поддается лечению ни пероральными, ни внутривенными формами железа. Исследование гена Tmprss6 открывает новые возможности лечения заболеваний крови. Так, например, блокирование его действия позволит в будущем корректировать состояние больных с избытком железа, а активирование, напротив, станет методом лечения анемии у пациентов с повышенным содержанием гепцидина.

Источник: Nature Genetics

З.С. Баркаган, А.П. Момот

ДИАГНОСТИКА И КОНТРОЛИРУЕМАЯ ТЕРАПИЯ НАРУШЕНИЙ ГЕМОСТАЗА

Издание 3-е
Издательство Ньюдиамед
2008 г.

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

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

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

**ПРОГРАММА ЗАСЕДАНИЙ СЕКЦИЙ МГНОТ
в 2008 году**

**Совместные заседания Кардиологической
и Ангиологической секций в 2008 году**

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

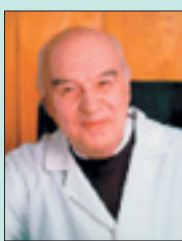
**Совместные заседания Пульмонологической секции
и секции «Человек и инфекция» в 2008 году**

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

Заседания проводятся по адресу:

Москва, Ленинский проспект, дом 32-А,
здание Президиума Российской
академии наук, центральный вход, 3-й этаж, синий зал заседаний.
Проезд до станции метро «Ленинский проспект»
(первый вагон из центра) или на любом троллейбусе
от станции метро «Октябрьская-кольцевая»
Начало заседаний в 17 часов.
Вход по приглашениям.
Приглашения публикуются в «Вестнике МГНОТ»

ОБЪЯВЛЕНИЕ



Жюри Премии Московского городского научного общества терапевтов имени профессора Дмитрия Дмитриевича Плетнева 2007 года закончило непростую работу по выбору Лауреата Премии. В результате второго тура голосования большинством голосов членов Жюри из числа представленных номинантов был выбран Андрей Иванович Воробьев, академик РАН и РАМН, профессор, директор Гематологического научного центра РАМН, руководитель кафедры гематологии и интенсивной терапии РМАПО.

Торжественная Церемония вручения Премии состоится 19 мая 2008 года в 18 ч. 00 мин. в Фонтанном зале Президиума РАН, по адресу: Ленинский проспект, дом 32А (Вход по приглашениям).

Вестник МГНОТ (бесплатное приложение для врачей к журналу «Клиническая геронтология»). Тираж 7000 экз.

Свидетельство о регистрации ПИ № ФС77-19100 от 07 декабря 2004 г.

РЕДАКЦИЯ: Главный редактор П.А. Воробьев

Редакционная коллегия: А.В. Власова (ответственный секретарь), А.И. Воробьев, В.А. Буланова (зав. редакцией), Е.Н. Кочина, Л.А. Положенкова, Т.В. Шишкова, Л.И. Цветкова, В.В. Власов, О.В. Борисенко

Редакционный совет: Воробьев А.И. (председатель редакционного совета), Ардашев В.Н., Беленков Ю.Н., Белоусов Ю.Б., Богомолов Б.П., Бокарев И.Н., Бурицев 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., Турин В.П., Хазанов А.И., Цурко В.В., Чазов Е.И., Чучалин А.Г., Шлектор 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

3 июня 2008 г. в 14.00 в Клинике пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии, гепатологии им. В.Х. Василенко ММА им. И.М. Сеченова (Погодинская ул., д. 1/1) состоится Научно-практическая конференция посвященная 75-летию со дня рождения члена-корреспондента Российской академии медицинских наук Андрея Леонидовича Гребенева

ПРОГРАММА

**Научно-практической конференции, посвященной 75-летию
со дня рождения члена-корреспондента РАМН А.Л. Гребенева**

Председатели: ректор Московской медицинской академии им. И.М.Сеченова, академик РАН и РАМН М.А. Пальцев, проректор ММА им. И.М. Сеченова академик РАМН С.В. Грачев, директор клинического центра ММА им. И.М. Сеченова П.Н. Морозов, академик РАМН Ф.И. Комаров, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней ММА им. И.М. Сеченова, академик РАМН В.Т. Ивашкин
Открытие.

Приветственное слово ректора Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова академика РАН и РАМН М.А. Пальцева

Вступительное слово заведующего кафедрой пропедевтики внутренних болезней ММА им. И.М. Сеченова акад. РАМН В.Т. Ивашкина

1. Проф. А.А. Шептулин — «Этапы жизни и основные направления научной деятельности члена-корреспондента РАМН А.Л. Гребенева» — 20 мин.

Лекция «state-of-the-art»
2. Доцент А.С. Трухманов «Успехи в диагностике и лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни» — 30 мин.

Научные доклады

3. Проф. О.М. Драпкина «Клинические варианты метаболического синдрома».

4. Проф. С.Г. Бурков «Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и беременность».

5. Проф. Е.К. Баранская «Новые методы диагностики и лечения инфекции Helicobacter pylori».

6. Проф. С.Д. Подымова «Эволюция представлений о неалкогольном стеатогепатите».

7. Проф. М.В. Маевская «Факторы риска развития гепатоцеллюлярной карциномы».

8. Доцент Е.Н. Широкова «Современные подходы к диагностике и лечению синдрома холестаза».

9. Канд. мед. наук О.С. Шифрин, канд. мед. наук И.А. Соколова «Возможности компьютерной томографии в диагностике различных форм хронического панкреатита».

Продолжительность докладов — 20 мин.

Проезд: метро «Кропоткинская», далее троллейбус 5 или автобус 015 до остановки «ул. Еланского» или метро «Фрунзенская», далее пешком по переулку Хользунова

Медицинские книги издательства «НЬЮДИАМЕД»

- PROTOKOL VEDENIYA BOL'NYKH. BOLEZNY PARKINSONA** 2006 г., 184 стр., м.о.
- Под ред. Новодзоровой В.Ф., Воробьева П.А. **ТОЛКОВЫЙ АНГЛО-РУССКИЙ СЛОВАРЬ терминов, используемых в гематологии и иммунологии** 2006 г., 154 с., м.о.
- П.А. Воробьев **ЛИХОРАДКА БЕЗ ДИАГНОЗА** 2008 г., 80 стр., м.о.
- Под ред. Воробьева П.А. **СПРАВОЧНИК ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ФОРМУЛЯРНОГО КОМИТЕТА** 3 издание 2007 г., 668 с., тв. п.
- Под ред. Воробьева П.А. **СПРАВОЧНИК ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ФОРМУЛЯРНОГО КОМИТЕТА** 3 издание 2007 г., CD
- Андреев Ю.Н. **МНОГОЧИСЛЕННАЯ ГЕМОФИЛИЯ** 2006 г., 232 с., тв. п.
- Под ред. Воробьева А.И. **ОЧЕРКИ ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ ТРАНСФУЗИОЛОГИИ** 2006 г., 632 с., тв. п.
- Горюхов С.Г. **СУТОЧНОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ. ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ** 2006 г., 51 с., м.о.
- Тогин Е.Е., Тогин Г.Е. **ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ И АССОЦИИРОВАННЫЕ БОЛЕЗНИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ: основы диагностики, диагностики и выбор лечения** 2006 г., 254 с., тв.п.
- Под ред. Воробьева П.А. **ГЕРИАТРИЯ В ЛЕКЦИЯХ** том 1, 2002 г., 440 с., тв.п. том 2, 2005 г., 470 с., тв. п.
- ПРОТОКОЛ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ «ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ»** 2005 г., 76 с., м. о.
- Под ред. А.И. Воробьева **РУКОВОДСТВО ПО ГЕМАТОЛОГИИ** 4-е изд., 1-3 тт (с приложениями) 2007 г., 1275 с. с илл., тв. п.
- Под ред. П.А. Воробьева **КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ (ОЦЕНКА, ВЫБОР МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ И УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ)** 2008 г., 792 стр., тв.п.
- СТАНДАРТИЗАЦИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ** Архив журнала «Проблемы стандартизации в здравоохранении» 1999-2005 гг. 2007 г., 430 с., тв. п.
- Под ред. П.А. Воробьева **СБОРНИК ПРАВОВЫХ И НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ ТРАНСФУЗИОЛОГИИ** 2004 г., 540 с., тв. п.
- В.В. Цурко **ОСТЕОАРТРОЗ: ПРОБЛЕМА ГЕРИАТРИИ** 2004 г., 136 с., тв. п.
- СТАНДАРТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ** 2004-2006 г. CD.
- НОМЕНКЛАТУРА РАБОТ И УСЛУГ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ** 2004 г. CD.
- ПРОТОКОЛ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ. ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИХ И ДРУГИХ ИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ** 2004 г., 64 с., м. о.
- П.А. Бубнова-Рыбникова **ГЛАВЫ ИЗ СЕМЕЙНОГО РОМАНА** 2003 г., 228 с., тв. п.
- СБОРНИК ДОКУМЕНТОВ СИСТЕМЫ СТАНДАРТИЗАЦИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ** 2003 г. CD.
- П.А. Воробьев **АНЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ** 2001 г., 168 с., тв. п.
- Под ред. П.А. Воробьева **ЛАБОРАТОРНАЯ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА. СПУТНИК ИНТЕРНИСТА** 2001 г., 288 с., тв. п., м.о.
- Б.В. Петровской **ГЕРОИЗМ, ДРАМАТИЗМ И ОПТИМИЗМ МЕДИЦИНЫ** 2001 г., 200 с., тв. п.
- Под ред. А.И. Воробьева, А.М.Кременецкой **АТЛАС. ОПУХОЛИ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ** 2007 г., 294 с. с илл., тв. п.
- Под ред. Л.М. Горюховского **ВЫБРАННЫЕ ГЛАВЫ. ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ УРОЛОГИИ** 2000 г., 362 с., тв. п.
- Б.П.Богомолов **ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ: НЕОТЛОЖНАЯ ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА** 2007 г., 653 с., тв. п.
- А.И. Воробьев, П.А. Воробьев **ДО И ПОСЛЕ ЧЕРНОБЫЛЯ. ВЗГЛЯД ВРАЧА** 1996 г., 180 с., м.о.