



ВЕСТНИК МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО

МОСКОВСКИЙ ДОКТОР

Июль 2008

№ 13 (78)

НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ

Председатель Организационного комитета профессор П.А. Воробьев:

Друзья! Мы с вами первый раз проводим эту премию. Идея ее создания была озвучена год назад во время перевыборного собрания Московского городского терапевтического общества и к концу 2007 г., в ноябре, на заседании Правления Общества было принято положение о премии Московского городского научного общества терапевтов имени профессора Дмитрия Дмитриевича Плетнева.

Положение о премии мы печатали в нашей газете Вестник МГНОТ «Московский доктор», вы с ним могли ознакомиться. Газета доступна, в том числе и на сайте www.zdrav.net. Вкратце: кандидаты на соискание премии выдвигаются либо самостоятельно, либо третьими лицами, но в последнем случае необходимо письменное согласие соискателя. Форма достаточно простая: представляется информация о номинанте, короткая анкета (паспортные данные), обоснование участия в конкурсе и, если необходимо, любые другие документы, чтобы обосновать выдвижение. Далее эти документы передаются в Организационный комитет, после чего происходит публикация информации по каждому из номинантов. Затем идет голосование.

Голосование проводится Жюри после изучения представленных документов. Каждый член жюри отмечает только 1 фамилию, затем выбирается номинант, набравший наибольшее число голосов. Возможно проведение нескольких туров: если есть одинаковое число голосов, то проводится повторное голосование. Переголосование проводится до тех пор, пока не будет избран Лауреат премии. Вся процедура обсуждения и голосования протоколируется.

Церемония награждения является заключительным этапом проведения премии и проводится в торжественной обстановке. Премия — это памятный знак, денежная сумма и сертификат. Информационная поддержка осуществляется газетой Вестник МГНОТ и на сайте www.zdrav.net и иными СМИ, которые пожелают принять в этом участие. Предусмотрено спонсорство, но в этом году мы не смогли заручиться поддержкой спонсоров, тем не менее, такая форма существует.

Если говорить о ходе нынешней процедуры, то 14 ноября прошлого года на заседании правления МГНОТ было утверждено Положение о премии, создан Оргкомитет в составе Вашего покорного слуги, Е.В. Деркач, Л.А. Положенковой, Е.Н. Кочиной, В.Б. Яковлева. Выбран председатель организационного комитета, сформирован предварительный список кандидатов жюри премии. Всем членам правления МГНОТ было разослано Положение о премии и бюллетени по выбору жюри конкурса. 26 декабря были подведены итоги голосования по выборам жюри, в голосовании приняли участие 26 членов правления МГНОТ. Были предложены следующие кандидатуры: Гогин Е.Е. — 88%, Мухин Н.А. — 62%, Сыркин А.Л. — 46%, Маколкин В.И. — 38%, Насонов Е.Л. — 35%, Симоненко В.Б. — 35%, Лазебник Л.Б. — 31%, Моисеев В.Б. — 31%, Богомолов Б.П. — 27%, Глейзер М.Г. — 15%, Ноников В.Е. — 15%. Ошибочно на наш взгляд сюда попал Яковлев В.Б., поскольку он входит в оргкомитет, и не должен был быть в составе жюри. Он и Г.И. Сторжакос получили по 4%. Таким образом было принято решение, учитывая что у Насонова Е.Л. и Симоненко В.Б. одинаковый процент голосов, то жюри было увеличено до 6 человек: Гогин Е.Е., Мухин Н.А., Сыркин А.Л., Маколкин В.И., Насонов Е.Л. и Симоненко В.Б.

В начале января 2008 г. было опубликовано извещение об объявлении конкурса на соискание Премии и 13 февраля 2008 г. был завершен сбор информации о кандидатах на соискание Премии. На этом я могу передать слово Евгению Евгеньевичу Гогину, Председателю жюри, с тем, чтоб он дальше рассказал о конкретных вопросах по этому конкурсу.

Председатель Жюри конкурса, член-корреспондент РАМН, профессор Е.Е. Гогин:

Глубокоуважаемые товарищи, мне выпала непомерно высокая честь сегодня представить номинантов и лауреата Премии. Я еще раз повторю: цель Премии — возрождение лучших традиций отечественной терапевтической школы, общественное признание заслуг. Пре-

мия Дмитрия Дмитриевича Плетнева присуждается ежегодно, начиная с прошлого года (2007) 1 номинанту.

Я хочу подчеркнуть, что это первое наше голосование по присвоению высокого звания лауреата Премии имени профессора Дмитрия Дмитриевича Плетнева, и мне кажется, что, несмотря на то, что процедура оказалась новой, с самого начала все было решено правильно. Было 3 номинанта, и каждый из них был достоин

Премия имени Дмитрия Дмитриевича Плетнева за выдающийся вклад в развитие отечественной терапевтической школы

19 мая 2008 г., Москва,
Российская академия наук



высоко звания. Номинантами были: Валентина Александровна Насонова, разрешите, я зачитаю лишь один абзац из представления: «Академик РАМН, Заслуженный деятель науки РФ, профессор В.А. Насонова, выдающийся ученый, ревматолог с мировым именем, много лет являвшаяся главным ревматологом страны, Почетный директор Института ревматологии РАМН, Почетный президент ассоциации ревматологов России, Почетный член европейской антиревматической лиги и целого ряда национальных ревматологических обществ страны, Европы, Азии и Северной Америки». Это человек превосходно нам всем знакомый с давних пор, человек, который не только глубочайшее уважение, но и любовь заслужил. И поэтому она в числе номинантов.

Вторым был назван Асфольд Иванович Парфенов — профессор, известный представитель отечественной гастроэнтерологии, заслуженный врач РФ, д. м. н., профессор, заместитель директора Центрального научно-исследовательского института гастроэнтерологии, заведующий отделом патологии кишечника института, Вице-президент российского общества гастроэнтерологов.

Но нам потребовался второй тур голосования, который определил из 3 выдвинутых номинантов единственного первого лауреата Премии имени Дмитрия Дмитриевича Плетнева. Но прежде чем представлять сегодня нашего лауреата, который большинством голосов был определен как первый лауреат премии имени Плетнева, разрешите мне передать диплом номинанта Валентине Александровне Насоновой.

Номинант на премию МГНОТ им. Д.Д. Плетнева академик РАМН профессор В.А. Насонова:

Глубокоуважаемые коллеги, для меня это большая и, в общем, неожиданная честь, потому что быть номинантом премии имени Дмитрия Дмитриевича — это особая честь. Дмитрий Дмитриевич — это не просто замечательный врач и ученый, но это человек, который был совершенно незаслуженно репрессирован, страдал, но остался верен всем нашим традициям. Это, конечно, придает этой премии особый оттенок и особую значимость. Мне пришлось о Дмитрии Дмитриевиче слышать из различных «первых» уст. От врачей областного института МОНИКИ регулярно слышала, как его не хватает им. Я очень благодарно МГНОТ за учреждение этой премии, потому что действительно возродить имя Плетнева, вспомнить про его заслуги, это большая для нас всех честь. Спасибо вам большое.

Председатель Жюри конкурса, член-корреспондент РАМН, профессор Е.Е. Гогин:

Объявляю первого лауреата премии МГНОТ имени Дмитрия Дмитриевича Плетнева за выдающийся вклад в развитие отечественной терапевтической школы — Андрей Иванович Воробьев.

Андрей Иванович, несмотря на то, что Вы всем хорошо известны, я несколько слов хотел бы сказать о Вашем вкладе. Вы не только лидер определенного направления, которое вышло сейчас, несмотря на огромные сложности, на мировой уровень. Я имею в виду лечение больных с наиболее тяжелыми формами гемобластозов. Вы не только возглавили институт, который совершенно особое место занимает в системе российского и московского здравоохранения. Вы заложили очень много нового и весьма клинически значимого и в кардиологии (знаменитая книга «Кардиалгии»), и в изучении и помощи больным с острой лучевой патологией.

Естественно, что я как-то особенно почувствовал Ваш совершенно особый уровень, потому что медицинские последствия Чернобыля были бы для страны совсем иными, если бы Вы не приняли тогда самое активное участие в помощи этим пациентам. Вы с первых часов, как только оказались в курсе дел, приняли с полным пониманием того, что и как произошло и какие трудности на пути помощи стоят. Это вклад имеет огромное общенациональное значение и важность.

Вы оказались инициатором организации Форумного комитета, который занял очень важное место в системе лечебного обеспечения в самый трудный момент. Защита идей помощи пациентам, у которых жизненная необходимость в получении дорогостоящего индивидуального лечения — это, бесспорно, Ваша заслуга. И должность Министра здравоохранения — это тоже совершенно особое значение придает Вашим трудам.

Я не могу не вспомнить, как Вы инициировали общественную реабилитацию памяти Дмитрия Дмитриевича Плетнева. Это имеет к сегодняшнему дню самое прямое отношение. Я думаю, что мои слова будут бледными по сравнению с тем, что вы имеете сказать.

Первый лауреат Премии МГНОТ им Д.Д. Плетнева академик РАН и РАМН, профессор А.И. Воробьев:



Тяжелая премия... Спасибо большое. Спасибо, Евгений Евгеньевич. Спасибо всем. Я понимаю, что тут много торжественного. Дело в том, конечно, я готовился, потому что в субботу мне все-таки сказали, когда я прилетел из Ташкента, что мне придется говорить о Плетневе. Так что я не могу сказать, что выступаю экспромтом. Но, с другой стороны, это разговор о Плетневе, а в общем, пожалуй, будет правильно, если я скажу, что разговор идет о нас.

Давайте говорить в следующем жанре: кто такой Плетнев и кто такой Воробьев? Воробьев абсолютно научный внук Плетнева по абсолютно прямой линии, таких у нас много. Я имею в виду внуков. Плетнев за-

ИнтерНьюс

Нас будут кормить таблетками, не испытанными на людях. Скоро.

Сроки проведения научно-исследовательских работ в фармацевтической отрасли уже в течение следующего десятилетия могут быть сокращены в 3 раза. Такой вывод содержится в исследовании «Фарма 2020: Виртуальные разработки — выбор будущего?». Согласно результатам отчета, планируется, что к 2020 г. доля успешных разработок возрастет, а затраты на проведение клинических испытаний существенно снизятся. Новые компьютерные технологии обеспечат понимание биологии заболеваний и создание «виртуального человека», что позволит исследователям прогнозировать воздействие новых препаратов на человека прежде, чем они попадут в организм. В сочетании с изменениями нормативно-правовой и социально-политической среды, такие разработки позволяют фармацевтической отрасли решить одну из ключевых задач, с которыми она столкнется в следующем десятилетии. Сейчас фарм-отрасль находится на поворотном этапе развития, в частности, в области научно-исследовательской деятельности. Она подвержена высокому риску, так как сроки патентов на большинство медицинских препаратов, выпущенных в 90-х гг., истекают в течение следующих нескольких лет. На данный момент всего у 4 из 10 крупнейших компаний в разработке находится достаточное количество продуктов для покрытия неизбежного дефицита доходов. «Виртуальный человек» может быть разработан на базе существующих технологий: моделей сердца, органов, клеточных систем и скелетно-мышечного аппарата, уже созданных учеными. Такие технологии планируется применять для моделирования физиологического эффекта взаимодействия с конкретными препаратами, а также выявления лекарств, влияющих на течение болезни. Использование виртуальных технологий уже позволило компаниям сократить сроки клинических испытаний на 40%, а число пациентов, подвергающихся таким испытаниям, — в 3 раза. Безусловно, виртуально смоделированные молекулы продолжают тестировать на людях. По мере формирования полной картины биологии человека и развития надежных биомаркеров для идентификации и наблюдения за пациентами фармацевтические компании будут готовы оптимизировать опытные разработки и сведут к минимуму количество пациентов для испытания новых лекарственных препаратов.

Источник:
PricewaterhouseCoopers

Обмануть пожилого — не грех

Пациенты с болезнью Альцгеймера часто пытаются покинуть больницу, дом или дом престарелых и быстро теряются на улице. Из-за заболевания их краткосрочная память значительно нарушена, в то время как долговременная вполне сохранна. Немецкие дома престарелых облегчают себе задачу по поиску ушедших пациентов с болезнью Альцгеймера с помощью фальшивых автобусных остановок, расположенных возле выхода из учреждения. Пионером в использовании этого метода стал Бенратский центр престарелых в Дюссельдорфе. Пациенты помнят внешний вид и предназначение автобусной остановки и остаются ждать автобуса, быстро забывая, как они здесь оказались. По словам директора Бенратского центра Рихарда Нойрайтера, остается лишь подойти к заблудившемуся больному, сообщить ему, что автобус задерживается, и пригласить выпить кофе. Через несколько минут пациент забывает о своем стремлении уйти. Методика оказалась настолько эффективной, что ее стали использовать в других немецких домах престарелых. Ранее к поиску ушедших пациентов приходилось подключать полицию.

Источник:
Telegraph



Внимание, конкурс!

В газете №73 был объявлен конкурс:

«Большой А. 38 лет 4 года назад при игре в футбол травмировал правый голеностопный сустав. Болевой синдром разной степени выраженности сохраняется на протяжении всех 4 лет. После травмы проводилась физиотерапия на протяжении 1,5 месяцев с минимальным эффектом. В настоящее время при рентгенологическом исследовании получена представленная картина. Каков Ваш диагноз?»

Диагноз у данного больного: посттравматическая пиррофосфатная артропатия. Благодарим всех участников конкурса, большинство дали абсолютно правильный ответ! Ваши призы уже в пути к вам!

Редакция газеты

Строительство образовательной административной вертикали в нашей стране было лишь немного поколеблено ограниченными демократическими новациями начала 1990-х. Затем все вновь оцепенело в рамках образцового учебного плана. В том числе в учебных планах медицинских вузов страны так и не появилось ни где методов научно-исследовательской работы и технологий подготовки научных сообщений. Если учесть, что эпидемиология остается в большинстве вузов приложением курсов инфектологии, то неудивительно, что большинство врачей, начинающих заниматься научной работой, оказываются в положении самообразования и нередко воспроизводят порочные исследовательские модели, унаследованные на кафедрах с незапамятных времен.

Одной из попыток преодоления негодной подготовки медиков к научной работе было создание медико-биологических (фундаментальной медицины и проч.) факультетов в некоторых вузах страны. Некоторые из этих факультетов благополучно существуют, некоторые закрываются. Но важно, что они не решали в целом проблемы подготовки к научной работе всех студентов, и не решали равным образом проблемы подготовки врачей, начавших научную работу в аспирантуре. В еще более сложном положении остается подготовка к научной работе наших врачей.

Не будет большим преувеличением сказать, что значительное повышение качества медицинской помощи возможно только в том случае, если в нашей стране будет развита современная система последипломной подготовки врачей. Напомню, что в то время, как в Европе и Северной Америке врачи для применения сложных вмешательств, например, в кардиохирургии, онкологии, гематологии, нейрохирургии готовятся после окончания медицинской школы более 8, и где-то более 10 лет, то наши — максимум 3 года в интернатуре и ординатуре. Наши врачи назначаются на должность кардиохирурга, не умея сделать ничего как кардиохирурги, и учатся в основном «на рабочем месте». Западные — получают свою лицензию, имея такой уровень подготовки, что готовы начать профессиональную работу в полном объеме на пустом месте, без дальнейшей поддержки старших товарищей.

Аналогичным образом во всем цивилизованном мире врачи для участия в научных исследованиях могут получить дополнительную подготовку на множестве курсов, и каждый из таких курсов засчитывается в их план непрерывного образования. На Руси до сих пор послевузовское образование сосредоточено на специальных факультетах и в институтах «повышения квалификации». Большинство кафедр в этих структурах почти ничего не могут дать врачу, и последний готов сам денег доплатить, лишь бы от него не требова-



лось высиживать занятия во время периодических курсов «повышения квалификации» по специальности. Вся система остается востребованной лишь потому, что к высиживанию этих курсов привязано получение сертификата. Именно благодаря последнему — незаконнорожденному средству принуждения к «усовершенствованию» — система «института усовершенствования врачей» сохранилась почти в не-

изменном виде. Недавно оказалось, что в рамках «Национального проекта Здоровье» нет возможности законным образом и по стандартной программе подготовить врачей для работы в центрах, предоставляющих технологически сложные виды медицинской помощи. Эта недостроенная система подготовки кадров еще принесет нашей стране много неприятностей.

Сотрудники кафедры Основ организации научно-исследовательской работы ММА им. И.М. Сеченова (заведующий — академик РАМН С. Грачев) предприняли попытку реализовать новую для нашей страны модель дополнительного образования для врачей — научных работников. Эта модель — летняя школа. Аудитории и педагогические силы

относительно освобождаются летом, а научные сотрудники, сами задействованные в обучении студентов, летом легко могут оторваться от своего вуза и провести одну-две недели в интенсивном изучении важных для них проблем методологии исследований. Летние школы сегодня проводят большинство ведущих вузов Европы и Северной Америки. Моделью для нашей школы стала летняя школа «Клинической эффективности» в Гарвардской школе общественного здоровья (Harvard School of Public Health). В 2007 г. в этой школе прошли обучение ряд сотрудников ММА, в основном — бывшие выпускники факультета подготовки научно-педагогических кадров.

Обучение стало возможным благодаря поддержке ряда спонсоров, аккумулированной и управляемой Программой Партнерство во имя здоровья (Partners in Health, www.pih.com; «Партнеры» хорошо известны в нашей стране участием в противотуберкулезных программах, в особенности — в пенитенциарных учреждениях).



Информация о Летней школе «Эффективность биомедицинских исследований» была распространена по стране, проведен конкурс заявок, на основании которого сформирована группа слушателей в составе 33 человек. ММА предоставила один из лучших своих залов. Благодаря поддержке Eli Lilly и Ford Foundation, координируемой Partners in Health, часть студентов не только смогли участвовать в школе, но даже бесплатно приехать в Москву. Студентам был предоставлен интенсивный курс лекций и практических занятий в течение 6 дней, из которых 3 пришлось на праздник и выходные (9–14 июня). Никто из студентов не возражал против работы в эти дни, поскольку все они — люди занятые, и для них обучение в такие дни оказалось даже желательным.

Основу курса составили вопросы эпидемиологии, прежде всего — дизайна медицинских исследований (В. Власов, К. Данишевский, Н. Долгушина), их интерпретации (D. Singer) и статистики (С. Плавинский, J. O'gav). Были также освещены политика инноваций в России (С. Колесников), вопросы финансирования НИР (Н. Долгушина), поиска информации (С. Морозов, В. Власов), этики научных исследований, подготовки публикаций (В. Власов).

Успех прошедшей школы был предсказуем. Обучение методам научной работы востребовано в стране, и потребность в нем совершенно не удовлетворена. Поэтому коллектив педагогов-участников летней школы начинает подготовку к лету 2009 г.

Начало на стр. 1

ведовал 2-ой кафедрой терапии в ЦИУ, при которой Иосиф Абрамович Кассирский организовал филиал, но заведующим кафедрой был Плетнев, а Кассирский, доктор медицинских наук, в 1934 г. организовал курсы усовершенствования врачей Наркомата путей сообщения. На станции Яуза. Пройдет много лет, он станет заведовать не курсами, а кафедрой, но именно той самой кафедрой, организованной у Плетнева. Поэтому я совершенно фактологически точно, может быть, не совсем вежливо, говорю, что извините, но я наследник. Это была последняя Плетневская кафедра.

Первая была факультетская терапия до 1924 года, потом с 24-го по 29-й он заведовал госпитальной терапией 1-го мединститута. Сохранилась запись, что он говорил Мясникову, что Вы будете ей заведовать. Мясников заведовал госпитальной терапией, а в 52-ом году в качестве субординатора я и мои товарищи пришли на эту кафедру. Вся моя наглость должна испариться на этом месте, потому что очень хочется родственников таких сиятельных себе подобрать, но дело в том, что здесь очень много правды. Один год проходил субординатуру у Александра Леонидовича Мясникова, и, безусловно, считаю себя учеником Александра Леонидовича Мясникова. Спустия много лет с Анатолием Захаровичем Цфасманом, известным терапевтом, профессором, заведующим кафедрой обменивались мнениями, (а мы вместе там были на кафедре): «Ты понимаешь, в чем дело, мы же читаем лекции по Мясникову».

Но если Вы прочитаете словесный портрет Плетнева, написанный рукой Мясникова, Вы увидите, что Мясников — это своеобразная, авторская, очень хорошая, очень красивая, оригинальная, но копия или продолжение Плетнева. Все, что он пишет о Плетневе, для меня это абсолютный Мясников: и его фраза при входе в аудиторию, где он должен читать лекцию «Что я сегодня читаю?», и та манера поведения, может, какие-то бумажки, конспекты у него где-то и были, но мы их не видели, и этот полет мысли, это, казалось бы, безнадежно устаревшее сравнение с экспромтом, и отношение к экспромтам Луначарского: «Когда Вы успели подготовиться к лекции? Вся жизнь...» Вот что значит экспромт лекции Плетнева, Мясникова: он говорит то, что знает, то, чем вдохновлен, что хочет передать аудитории. Ведь между лекцией хорошего лектора и лекцией «так себе» существует не просто количественная разница, количество улыбок, поз, жестов, а есть разница принципиальная.

Мясников формировал отряд единомышленников, он вдохновлял нас на соучастие в его жизни, он был равным человеком... Ну вот, к примеру: у Мясникова на кафедре был Борис Борисович Коган, человек, которого не выбрали на кафедру: в 48-ом году на кафедру выбрали либо Когана, либо Мясникова. Мясников к этому времени имел за спиной кафедру в Новосибирске и гениальную книгу «Болезни печени и желчных путей». Он пробыл всю войну главным терапевтом военно-морского флота. Мясников был колоссальной фигурой, написанная им пропедевтика, хоть и говорят, что он списал ее у Плетнева, ну и честь и хвала, потому что эта пропедевтика — изумительное произведение, я зачитывалась ей до сих пор. И тут — второй профессор, который не стал заведующим. Борис Борисович являлся везде, где только можно, не стеснялся ординаторов. На обходах надо было видеть взаимоотношения этих людей: Александру Леонидовичу было достаточно хлопнуть по столу и на этом бы все закончилось. Никогда, — он сбивался, стеснялся, ему было неудобно, он говорил: «Да, конечно, может быть...». А Борис Борисович говорил: «Ну да, ваш прожектор...».

Мы боготворили Мясникова. Почему я говорю о Мясникове, когда надо говорить о Плетневе? Дело в том, что это был 52—53 годы, 5 ноября арестован Виноградов, Василенко, Коган, перед этим арестован Федоров — наш патологоанатом. Представьте себе обстановку на кафедре, когда второй профессор отдыхает на Лубянке, профессор нелюбимый. Как ведет себя Мясников? Делает вид, что ничего не произошло. Вокруг забегали люди, которые стали рассказывать, кому Коган что-то не так прописал. Ни звука, ни говорил ничего и никак. На обходах, когда ему хотелось сказать запретное, он покашливал и обращался к Алексею Васильевичу, это его доцент, он говорил: «Как Д.Д. сказал». Да за одно это «Как Д.Д. сказал» можно было поехать на бесплатном транспорте на Лубянку. Ну не мог не выражать своего отношения к обожаемому учителю Мясников.

Считается, что Мясников — ученик Ланга, это правильно, он был у Ланга в ординатуре, только его устроил туда Плетнев, потому что у Мясникова была принадлежность не к той партии во время революции, ему никак нельзя было остаться в 1-м меде. Его внештатным ординатором отправил Плетнев в Ленинград. Честь и хвала: и учился, и кандидатскую он делал у Ланга, он продолжал работы Ланга, и его учителя Яновского, основателя аэромедицины, периферического сердца, и работ по стойкости эритроцитов. Ланг, Мясников, Истоманова, Алмазов, это удивительная династия.

И при всем этом Мясников плетневский ученик, по манерам, по деталям поведения. Это «как Д.Д. сказал»

и есть его отношение к памяти учителя. Это ведь — «врачи-отравители», это ужас, холод по спине пробежал, когда я все это узнал.

Алексей Васильевич Бурдман рассказывал о Дмитрии Дмитриевиче — о мелочах, о каких-то отдельных высказываниях. Но первые числа сентября 1941 года, Плетнев имеет 25 лет срока, сидит в Орловском Центральном, там же сидит Чубарь, там же сидит Мария Спиридонова. К Орлу подходят немцы, и их расстреливают. Я точно не называю число, потому что в разных местах читал про разные даты начала сентября.

Вот его учителя — после окончания института в Новоекатерининской больнице, это на Петровке больница № 24: Шервинский Василий Дмитриевич, Константин Михайлович Павлинов. Шервинский потом будет руководить Московским терапевтическим обществом, как и Плетнев, он является основателем клинической эндокринологии. А экспериментальной — Михаил Михайлович Заводовский, изумительный биолог, автор теории «плюс-минус» взаимодействия, раньше мы ее проходили в институте, теперь не надо...

В 1932 г. Плетнев — руководитель 2-ой кафедры внутренних болезней ЦИУ врачей, с 1934 г. руководитель кафедры с курсом, которым непосредственно руководил Иосиф Абрамович, это наша кафедра, мы начинаем ее летоисчисление с 1934 года. После ареста Дмитрия Дмитриевича кафедру возглавил опять-таки по некому совместительству Александр Николаевич Крюков, но мы считаем, что руководил ей всегда Кассирский — он первый заведующий и, извините, — я второй.



В Сокольниках, рядом со станцией Яуза он организует научно-исследовательский институт функциональной диагностики и терапии, потом он стал Институтом туберкулеза. Прямо напротив станции 6-ой версты, где находится больница им. Н.А. Семашко, где работал Кассирский.

Школа Плетнева: старейший из хорошо мне известных учеников — это Владимир Никитич Виноградов, он очень тепло писал и говорил о Дмитрии Дмитриевиче. К счастью, здесь никто не ухмыляется. Дело в том, что на вопрос генерального прокурора СССР Андрея Януарьевича Вышинского: «Свидетель Виноградов, могли великому пролетарскому писателю Горькому повредить вливания камфары, назначенные подсудимым Плетневым?». «Да, могли», ответил Виноградов. Нет дураков, которые первыми бросят камень. Надо понимать леденящий ужас тех времен, люди во всем всегда признавались. Когда нам рассказывают байки о том, как кто-то ничего не подписал, — не надо. Вот Эдингер не подписал, что он убивал Жданова, — его самого и убили. Шимилиович тоже не подписывал, хотя какие-то документы, уже потеряв сознание, подписывал, — его тоже убили. Неподписантов не было, если они были необходимы той власти. Если не необходимы, они не подписывали. Это не мужество. Сражаться с той машиной не мог никто, потому что человек против машины устоять не может. И Виноградов сказал, что «могли», Мясников каялся в том, что он на обществе что-то сказал...

Виноградов, у него научных работ не было, потому что Виноградов чужих работ не подписывал, а сам писал в это время не много. Но именно Виноградов ввел современную тактику ведения инфаркта миокарда, именно Виноградов ввел бронхоскопию, гастрокопию, это еще недооцененный великий терапевт. Но не писал. После ареста и выхода из тюрьмы как из рога изобилия посыпались статьи за подписью Виноградова...

Потом из учеников идет Александр Леонидович Мясников, Павел Евгеньевич Лукомский. Огромная кардиологическая школа. В.Г. Попов, мой преподаватель, ассистент, доцент, а потом просто друг, хотя разница в возрасте большая. Мы вместе консультировали в кремлевке. Конечно, он обращался на ты, а я никогда этого себе и близко позволить не мог. Ну, знаете, на консилиумах устанавливаются свои, очень короткие отношения, это своя атмосфера. Виталий Григорьевич, мы его боготворили, это величайший терапевт, но тоже очень мало писал. Ну и что, но это мой непосредственный учитель, как и Мясников. Ну и Иосиф Абрамович, он не ученик Плетнева, но он под его руководством работал на кафедре, он ученик Александра Николаевича Крюкова. Это Мясников, это Алексей Васильевич Бурдман, наш преподаватель, доцент, он был главным врачом клиник на Пироговке, Анатолий Сергеевич Логинов. Вадим Семенович Смоленский. Как-то считалось, что он прямой наследник Мясникова, и по манерам, и по характеру чтения лекций. Евгений Иванович

Чазов, он унаследовал от Мясникова институт, но к педагогической работе в 1-м меде он отношения не имел.

Диапазон работ Плетнева огромен, а я показываю не список его работ: «О происхождении аритмий», «Минеральные воды и их применение», «Руководство по рентгенологии», Первый выпуск журнала «Клиническая медицина», он главный редактор. Монография про тиф — помните, Ленин говорил: «Или вши победят республику, или республика победит вшей». Страна вымирала от сыпняка. И Плетнев «ныряет» туда, жизнь заставляет.

Евгений Евгеньевич вспоминал лучевую болезнь — я думаю, мы ученики Плетнева, если диапазон наших работ от кардиалгий, острых лейкозов, лимфом, лимфофарком, острая лучевая болезнь, ее кишечная форма, которую мы впервые в мире научились лечить. Терапевт есть терапевт, он слуга обстоятельств, он не навязывает свой подход к той или иной тематике. Жизнь бросила — валяй, работай. «Клиническая диагностика внутренних и нервных болезней», «Рентгенодиагностика» — это исторические книги, их потом подхватил Кассирский. «К вопросу о соматической циклотимии» — он что, с ума сошел? Ему там делать нечего в психиатрии. Есть что делать! И когда мы писали свою «Кардиалгию», сначала с Тасей Шишковой, потом с Инной Коломойцевой и уже с Пашей — сыном, я лично писал истерию. Я туда нырнул с потрохами и увидел, кто там только не бывал. Конечно, гениальное описание истерии у Сеппа Евгения Константиновича (кстати, ординатора моего деда), у Гуревича Михаила Иосифовича, один невропатолог, другой психиатр, а мы терапевты. И я понимаю, почему говорил о циклотимии Плетнев, потому что циклотимик в первую очередь придет к терапевту, он потерял тонус, настроение, его никто не понимает, но у него что-то где-то колет и терапевт спрашивает: «Что, сердце? Колет?» «Да, — отрешенно так, — сердце. Колет». Он увидел участие именно у терапевта, и именно там встречается циклотимия. Какой же циклотимик пойдет к психиатру? Так не бывает.

«Основы клинической диагностики», вот отсюда якобы Мясников списывал. И, конечно, гениальная книга «Болезни сердца». Когда мы стали писать в 1972 г. «Кардиалгии», то мы достали старую, сильно потрепанную книжку «Болезни сердца» Плетнева, драли оттуда цитаты и писали «Д.Д. Плетнев». Тогда в издательстве генеральным руководителем был Владимир Иосифович Бардулин, он хмыкал, я говорил «А что?» Откуда я знал, подумаешь, 72-й год, уже реабилитация основная с 1954 г. позади. «А нам по холке не надают?» «Да не надают». И мы договорились, что мы цитируем не реабилитированного Плетнева. И он вошел в медицинскую литературу, и стали вслед за этим переписывать цитаты. А потом уже, чуть ли не в 86-м г., когда уже шла реабилитация по так называемым процессам, он попал в список реабилитированных, будучи уже фактически реабилитированным.

Эта кафедра Кассирского: он сам, Михаил Исакович Абрамов, Дебора Абрамовна Левина, Юрий Алексеевич Алексеев. Они работали с Плетневым. А это доцент Константин Петрович Иванов, тоже внук, унаследовал именно от Плетнева курсы электрокардиографии. Иванов всю кафедру вел, Кассирский же был разбросанный человек, ему было некогда, не до административного руководства. Он однажды, когда ему исполнилось 60 лет, пришел к Кассирскому и говорит: «Иосиф Абрамович, я останусь заведовать отделением, конечно, я кафедру не бросаю, но больше доцентом работать не буду, вместо меня будет работать Андрей Иванович Воробьев.» Я был самым молодым ассистентом. Иосиф Абрамович: «Как? Как Воробьев?» Кассирский не мыслил себя без Иванова. «Ваши... дамы не знают электрокардиографии, Андрей их знает, он и будет читать лекции вместо меня». Вот так я, из рук в руки, стал доцентом.

Он много рассказывал мне про Плетнева, в частности, рассказывал, что Плетневу подавали машину, а на Яузе был переезд, попасть из института Туберкулеза на другую сторону железной дороги тогда не составляло особого труда. Плетнев приходил, торжественно раскланивался, делал такие показательные диагностические обходы, но, являл Иванов, его диагнозы обычно были «мимо». Но это не в укор, Плетнев был красивейший лектор, о нем легенды ходили. На его лекции собирались люди с совершенно разных кафедр. Он так и приходил в нашу больницу МПС не просто диагнозы ставить, для просто диагнозов хватало Иванова и Кассирского, а демонстрировать.

В одной из своих книг, по-моему, это относится к 1923 году, рассказывая об истории медицины, Плетнев сказал «сейчас я могу со всей ответственностью сказать, есть советская медицинская наука». Это ответственные слова, идет разруха, кончается она, раскручивается НЭП, люди собирают все, что можно собрать и двинуться вперед, и вот он это заявил.

Пушкин в самой последней главе сделал предисловие к Онегину, так что я в самом конце благодарю за эту премию, за право выступить. Огромное спасибо. Та разруха в медицине, которая нас поразила, тот ужас, который мы переживали, начиная с 92-го года, ведь это все каждый из сидящих здесь знает. Для нас было страшно важно поднять и дух врача-исследователя, и его результаты до уровня не общемировых, а чтобы лучше. Вот таких кривых выживания при гемобластозах в мире нет. Сегодня докладывали на ученом совете по

ИнтерНьюс

Проверяли одно, нашли — другое

Перовская межрайонная прокуратура в ходе проверки соблюдения законности в рамках реализации национального проекта «Здоровье» выявила факты мошенничества в московской больнице имени Филатова. По данным пресс-службы прокуратуры, 32 сотрудника медицинского учреждения получали повышенные зарплаты на основании поддельных документов. Как отмечается в сообщении, врачи Филатовской больницы, назначенные на должность с 2003 по 2007 г., представляли в отдел кадров поддельные справки о присвоении им квалификационных категорий аттестационной комиссией Главного военного клинического госпиталя имени Бурденко. В результате необоснованного присвоения медработникам квалификационных категорий им выплачивалась повышенная зарплата. По оценке прокуратуры, в общей сложности врачам удалось получить незаконным путем из бюджета 1 миллион 893 тысячи рублей. В Перовский суд Москвы прокуратурой направлено 32 исковых заявления о взыскании с сотрудников больницы денежных средств, полученных незаконным путем. В отношении врачей возбуждены уголовные дела по статье «Мошенничество» УК РФ. Максимальный срок наказания по данной статье — лишение свободы на срок до 2 лет.

Интересно, не связано ли это с проведением лицензирования. При прохождении процедуры используется этот механизм: покупаются липовые дипломы и свидетельства о специализации. В городе существуют специальные конторы, занимающиеся таким бизнесом.

Источник: www.mosproc.ru

Мы говорим больше, подразумеваем — дороже

По данным DSM Group, увеличивается как стоимость медикаментов, продающихся в аптеках, так и биологически активных добавок и сопутствующих товаров. Объем коммерческого рынка лекарств не меньше 14,3 млрд. руб., если считать по ценам закупок аптеками. Это на 22,8% больше уровня конца весны 2007 г. Одна из основных причин значительного роста — тенденция в изменении структуры рынка в сторону увеличения доли дорогостоящих препаратов: средняя стоимость упаковки лекарств к концу весны дошла до уровня 42,28 руб., а год назад этот показатель был меньше на 4,6%. Реально лекарства, стоимость упаковки которых ниже 50 руб., сейчас занимают 19% рынка, 34,9% приходится на лекарства со стоимостью упаковки от 50 до 150 руб. и 33% — на лекарства, упаковка которых стоит от 150 до 500 руб. Так же выросла и средняя стоимость упаковки дорогих препаратов в сегменте от 500 руб. за упаковку — теперь она составляет 923 руб. Самые дорогие лекарства занимают 1,3% рынка. Увеличение средней стоимости обусловлено и ростом цен, хотя на лекарствах инфляция сказывается значительно меньше, чем на других товарах: цены на самые популярные средства за апрель 2008 г. выросли на 4,26%. Производителям проще выпустить новый якобы инновационный вид известного препарата и поставить на него более высокую цену, чем поднимать стоимость уже имеющегося на рынке лекарства.

Рейтинг фирм по стоимостному объему продаж возглавляет компания «Фармстандарт», на 2 месте — Sanofi-Aventis, а на 3 — Berlin-Chemie. При всей устойчивости позиций «Фармстандарт» его доля снизилась более чем на 1% из-за снижения популярности «Арбидола», ведущего препарата этой компании, хотя он и остается абсолютным лидером продаж — на его долю приходится 1,24% всего аптечного рынка. На 2 месте — «Актовегин» (0,90%), на 3 — «Эссенциале» (0,84%).

Объем российского рынка БАД оценивается в 1 млрд. руб. (21 млн упаковок), что на 30% больше уровня конца прошлой весны. Средняя стоимость упаковки биодобавок также увеличилась. При этом количество проданных упаковок за первое полугодие 2008-го, как и в случае с лекарствами, практически полностью соответствует числу упаковок, проданных за тот же период прошлого года.

Источник: *Время новостей*

Начало на стр. 1, 3 ↗

острому лейкозу: самый страшный лейкоз — острый промиелоцитарный лейкоз, самый быстрый — 95% выздоравливает. Лучше таких кривых не бывает. Тут потеря 5%, но тут же опухоли, которые занимают целый живот, либо бугры на шее. Значит, не вышло с моей медициной, чтоб она поникла головой и стала повторялкой.

Где-то, разбирая историю медицины, Плетнев говорил о Боткине, Остроумове, Образове «по своему таланту, по своей творческой деятельности они все так велики, что если бы они родились англичанами, итальянцами, немцами, французами, их имена стояли бы рядом с именами Клода Бернара, Вирхова, Листера, Шарко. У Боткина и Остроумова был несомненно реформаторский ум, и они вообще бы считались новаторами медицины, если бы не были русскими.» Вот в этом месте я с Дмитрием Дмитриевичем не могу согласиться. Это должно войти в плоть и кровь наших врачей: почему Боткин должен быть наравне с кем-то. Кстати говоря, вот замечательный очерк о Лайнеке, написанный Плетневым. А о Лайнеке вытерли ноги при жизни, с ним никто не считался, его презирали, им помыкали, его выпирали отовсюду и говорили «глупость» о его пальпации, перкуссии и аускультации. Умер он от чахотки в бедности. Поэтому, я знаю насчет того, как любят пророков, если вы читали Библию, вы хорошо помните — основной конец пророков быть побитыми камнями. Это не специфика российского ученого, — это специфика рода человеческого.

Я пекусь о нашей терапевтической школе: должно исчезнуть из наших докладов приведение слайдов на английском языке, выдернутых из какой-то «фирменной» презентации, не должно быть докладов неоригинальных. Это оригинальная медицина. Другой науки не бывает, если она наука. Мы не повторялки! Не нужно Боткину быть вторым Лайнеком, не нужно Остроумову и Образову быть кем-то вторым. Это Курочкин пришел к Шалапину, и сказал, что его называют вторым Шалапиным. Тот удивился: «Зачем тебе быть вторым Шалапиным? Будь первым Курочкиным!» Только идиот может сравнивать Лемешева с Карузо. Они оба гениальны. Плетнев был оригинальный исследователь, самобытный, он за собой потащил плеяду выдающихся деятелей отечественного здравоохранения, нашей отечественной терапии, в этом его величие. Он ушел, погиб как пророк, я не буду уходить в религию, но и Павел и Петр — не легендарные пророки. Так устроена жизнь, выдающиеся люди все равно двинулись вперед, тащили за собой человечество, культуру и, как бы не вертели, худо-бедно, но прогресс очевиден, и современная медицина работами вот этих людей — другая медицина. Огромное спасибо всем, что дали возможность все это сказать.

Председатель Жюри конкурса, член-корреспондент РАМН, профессор Е.Е. Гогин:

Вы хорошо понимаете, почему нельзя было эту речь достойным образом чем-то предварить. Мне хочется, тем не менее, несколько моментов уточнить. Мы сегодня чествуем Андрея Ивановича как первого лауреата Премии имени профессора Дмитрия Дмитриевича Плетнева. Рукописи не горят. Вот книга «Основы клинической диагностики» 1911 год, эта книжка еще выходит под редакцией Санкт-Петербургского профессора Левина и киевского Высоковича, это 1-е издание. Но главное содержание здесь уже написано Дмитрием Дмитриевичем Плетневым, что редакторы и признают. Второе издание было в 1915 году, оно у меня отсутствует. Третье издание было написано в 1919 году Левиным, он стал профессором Бакинского университета, и Дмитрием Дмитриевичем Плетневым, профессором Московского университета. Вот «Частая патология и терапия внутренних болезней» — это уже четырехтомник выхода 1931 года, это уже Петр Федорович Ланг и Дмитрий Дмитриевич Плетнев. Это первый том «Инфекционные болезни». Я тоже слушал лекции Александра Леонидовича Мясникова и должен под-

твердить, что он нередко говорил о «Д.Д.». Это тогда было совсем не так просто и не так безопасно, потому что все было сделано из того, чтоб забыли само имя. А вот книга Плетнева «Избранное из истории медицинской мысли», 1989 года. Здесь упоминался профессор Бардулин, он историк медицины. Позвольте, я зачитаю короткий абзац: «Развитие научной медицины невозможно без знания прошлого. Результирующий вектор, как экспресс познания, существует лишь в школьных учебниках. История учит даже тех, кто у нее не учится. Она их проучает за невежество и пренебрежение». Это цитата из Ключевского. Трудно сказать поэтому, во что обошлось нашей медицине забвение работ Плетнева. «Но сегодня уже необходимо вернуться назад, определить трассу развития медицины во времени и пространстве. А вдруг мы сбились с дороги, ушли в сторону или даже повернули вспять, нарушив заветы предков?» Это было написано в 1989 году, я думаю, что сейчас это еще более актуально, чем было в тот период. Мне еще хотелось напомнить о том, что на какие-то сроки эти книги бы попадали в руки большого числа врачей, ими пользовались все равно.

А вот еще одно, что уже затронул Андрей Иванович, что он спас по сути Александра Леонидовича Мясникова, потому что там было совершенно очевидно, что ситуация складывалась такая в Московском университете, что ему уже не известно до завтра дожить ли, и он его срочно отправляет в Ленинград. Тогда каждый занимался в своем узле чисткой, и Александр Леонидович сохранился, а потом имел своих учеников.

Председатель Организационного комитета профессор П.А. Воробьев:

Книга Плетнева вышла в 1922 году. Я получил эту книгу в подарок, когда я стал студентом. Мне подарила ее Антина Зиновьевна Калашникова, подруга моей бабушки, много лет проработавшая со Сперанским. Я никак не мог понять, что тут написано: вроде она написана в 1919 году, а издана в 22-ом. Предисловие от 19 декабря 1919 года, здесь в середине такая простая фраза, теперь так не пишут: «С профессором Левиным, к крайнему сожалению, не удалось снестись, поэтому его раздел остался без изменений. В конце 18-го года профессор Левин обратился ко мне с предложением разделить со мной труд по редактированию «Основ...» и т. д. Тогда революция всех раскидала по разным местам.

Вот, например, раздел «Исследование при помощи рентгеновских лучей», это 1919 год, ларингоскопия, бронхоскопия, исследование органов грудной клетки, аускультация, исследование кровеносных сосудов, очень подробно венечный пульс, электрокардиография — напомним, 1919 год. Тут есть и общий анализ крови, и микроскопия клеток крови хорошо описанная, по-моему, не потерявшая до сих пор своего значения. Определение свертываемости крови, устойчивости эритроцитов, счисление форменных элементов крови, исследование мочи — подробно. По этой книжке можно спокойно сегодня учиться, здесь почти все есть.

В адрес Андрея Ивановича поступила телеграмма от директора Центра сердечно-сосудистой хирургии имени Бакулева, академика Лео Антоновича Бокерия, зачитаю только конец: «...В этот торжественный день вручения высокой награды, являющейся общественным признанием Ваших достижений, примите наши искренние поздравления и пожелания дальнейших свершений в деле беззаветного служения медицинской науке».

Похожее письмо поступило от директора института психиатрии им. Сербского академика Т.Б. Дмитриевой.

Академик В.А. Насонова:

Андрей Иванович, я очень хочу Вас поблагодарить за наше заседание, за Ваше выступление, потому что, честно говоря, такого Плетнева по крайней мере я не знала. Я восхищена тем, что в нашей истории есть люди, которые достойны того, чтобы о них знало как можно больше молодежи. Потому что эти люди, которые несут определенную чистоту, преданность, любят страну, больных, а для медика это очень важно.



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 геронтологические технологии. 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.

ЗАРЕГИСТРИРОВАТЬСЯ

на XIII Международной научно-практической конференции «Пожилую больную. 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, а/я 2, «Ньюдиамед»,

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

СТАНДАРТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

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

Эти стандарты мало доступны врачам.

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

Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

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

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

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

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

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

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

СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ТРАВМАМИ, ЗАХВАТЫВАЮЩИМИ НЕСКОЛЬКО ОБЛАСТЕЙ ТЕЛА

1. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА

Категория возрастная: взрослые, дети

Нозологическая форма: травмы головы, травмы, захватывающие несколько областей тела

Код по МКБ-10: S 00- S 09, T00-T07

Фаза: острое состояние

Стадия: первое обращение

Осложнение: травматический шок; гиповолемический шок; другие виды шока; шок неуточненный

Условие оказания: скорая медицинская помощь

Утверждено

приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 августа 2007 г. № 565

1.1. ДИАГНОСТИКА

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.31.009	Сбор анамнеза и жалоб общетерапевтический	1	1
A01.31.010	Визуальный осмотр общетерапевтический	1	1
A01.31.016	Перкуссия общетерапевтическая	1	1
A01.31.011	Пальпация общетерапевтическая	1	1
A 01.31.012	Аускультация общетерапевтическая	1	1
A01.08.002	Визуальное исследование верхних дыхательных путей	1	1
A02.09.001	Измерение частоты дыхания	1	1
A01.12.002	Визуальное исследование при сосудистой патологии	1	1
A02.10.002	Измерение частоты сердцебиения	1	1
A02.12.001	Исследование пульса	1	1
A 11.12.001	Катетеризация подключичной и других центральных вен	0,1	1
A01.03.002	Визуальное исследование костной системы	1	1
A01.03.003	Пальпация костной системы	1	1
A02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	1
A01.23.002	Визуальное исследование при патологии центральной нервной системы	1	1
A05.10.001	Регистрация электрокардиограммы	1	1
A05.10.007	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных	1	1

1.2. ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА 30 МИНУТ

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.31.009	Сбор жалоб и анамнеза общетерапевтический	1	1
A01.31.010	Визуальный осмотр общетерапевтический	1	1
A01.31.011	Пальпация общетерапевтическая	1	1
A01.31.016	Перкуссия общетерапевтическая	1	1
A01.31.012	Аускультация общетерапевтическая	1	1
A01.08.002	Визуальное исследование верхних дыхательных путей	1	1
A02.09.001	Измерение частоты дыхания	1	1
A01.12.002	Визуальное исследование при сосудистой патологии	1	1
A02.10.002	Измерение частоты сердцебиения	1	1
A02.12.001	Исследование пульса	1	1
A02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	1
A25.03.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях костной системы	1	1
A11.12.003	Внутривенное введение лекарственных средств	1	1
A11.09.008	Ингаляторное введение лекарственных средств и кислорода	1	1
A05.10.001	Регистрация электрокардиограммы	1	1
A05.10.007	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных	1	1
A11.09.007	Эндотрахеальное введение лекарственных средств	0,5	
A11.08. 011	Установка воздуховода	0,5	1
A14.08.004	Отсасывание слизи из носа	1	1
A15.03.010	Иммобилизация при травме позвоночника	1	1
A11.08.009	Интубация трахеи	0,1	1
A16.09.011	Искусственная вентиляция легких	0,6	1
A16.08.022	Коникотомия	0,01	1
A11.09.004	Пункция плевральной полости	0,1	1
A16.09.029	Аспирация воздуха из плевральной полости	0,05	1
A15.03.010	Иммобилизация при травме позвоночника	1	1
A15.03.002	Иммобилизация при переломах костей	0,5	1
A11.28.007	Катетеризация мочевого пузыря	0,01	1
A15.01.001	Перевязки при нарушениях целостности кожных покровов	0,9	1
F05.01.02	Транспортировка пациента службой скорой медицинской помощи вне медицинского учреждения (организации)	1	1

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД**	ЭКД***
Анальгетики, нестероидные противовоспалительные препараты, средства для лечения ревматических заболеваний и подагры			1		
	<i>Ненаркотические анальгетики и нестероидные противовоспалительные средства</i>		0,7		
		Лорноксикам	0,5	8 мг	8 мг
		Кеторолак	0,5	30 мг	30 мг
	<i>Наркотические анальгетики</i>		0,3		
		Морфин	0,3	10 мг	20 мг
		Трамadol	0,4	100 мг	200 мг
		Тримеперидин	0,3	10 мг	20 мг
Растворы, электролиты, средства коррекции кислотного равновесия, средства питания			0,5		
	<i>Электролиты, средства коррекции кислотного равновесия</i>		1		
		Натрия хлорид	1	400 мл	400 мл
	<i>Препараты плазмы</i>		1		
		Декстроза	1	400 мл	400 мл
		Гидроксипрохлорид	0,8	500 мл	500 мл
Средства, влияющие на сердечно-сосудистую систему			0,1		
	<i>Вазопрессорные средства</i>		1		
		Допамин	0,25	10 мг	10 мг
		Норэпинефрин	0,25	4 мг	4 мг
		Эпинефрин	0,25	0,25 мг	0,25 мг
		Добутамин	0,25	250 мг	250 мг
Средства для лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта			1		
	<i>Спазмолитические средства</i>		1		
		Атропин	1	0,5 мг	1 мг
Средства, влияющие на центральную нервную систему			0,1		
	<i>Анксиолитики (транквилизаторы)</i>		1		
		Диазепам	1	10 мг	20 мг
		Мидазолам	0,5	10 мг	10 мг

* – Анатомо-терапевтическо-химическая классификация. ** – Ориентировочная дневная доза. *** – Эквивалентная курсовая доза.

2. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА

Категория возрастная: взрослые, дети

Нозологическая форма: остановка сердца

Код по МКБ: I 46

Фаза: острое состояние

Стадия: первое обращение

Осложнение: вне зависимости от осложнений

Условие оказания: скорая медицинская помощь

1.1. ДИАГНОСТИКА

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.31.009	Сбор анамнеза и жалоб общетерапевтический	1	1
A01.31.010	Визуальный осмотр общетерапевтический	1	1
A01.31.011	Пальпация общетерапевтическая	1	1
A02.12.001	Исследование пульса	1	1
A01.31.016	Перкуссия общетерапевтическая	1	1
A01.31.012	Аускультация общетерапевтическая	1	1
A02.10.002	Измерение частоты сердцебиения	1	1
A05.10.001	Регистрация электрокардиограммы	1	1
A05.10.007	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных	1	1

1.2. ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА 30 МИНУТ

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.31.009	Сбор анамнеза и жалоб общетерапевтический	1	1
A02.09.001	Измерение частоты дыхания	1	1
A02.12.001	Исследование пульса	1	1
A02.10.002	Измерение частоты сердцебиения	1	1
A02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	1
A05.10.001	Регистрация электрокардиограммы	1	1
A05.10.007	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных	1	1
A25.31.001	Назначение лекарственной терапии при неуточненных заболеваниях	1	1
A11.12.003	Внутривенное введение лекарственных средств	1	1
A11.09.007	Эндотрахеальное введение лекарственных средств	0,5	
A11.08.011	Установка воздуховода	0,5	1
A14.08.004	Отсасывание слизи из носа	1	1
A16.09.011	Искусственная вентиляция легких	1	1
A21.10.001	Массаж сердца	1	1
A17.10.001	Электроимпульсное воздействие при патологии сердца и перикарда	0,5	1
F05.01.02	Транспортировка пациента службой скорой медицинской помощи вне медицинского учреждения (организация)	1	1

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД**	ЭКД***
Средства, влияющие на сердечно-сосудистую систему			0,5		
	<i>Противоаритмические средства</i>		1		
		Амиодарон	0,25	300 мг	500 мг
		Прокаинамид	0,25	100 мг	2000 мг
		Лидокаин	0,5	100 мг	500 мг
	<i>Вазопрессорные средства</i>		1		
		Эпинефрин	1	1 мг	10 мг
Средства для лечения заболеваний желудочно - кишечного тракта			1		
	<i>Спазмолитические средства</i>		1		
		Атропин	1	1 мг	4 мг
Средства, влияющие на кровь			0,5		
	<i>Растворы и плазмозаменители</i>		1		
		Магния сульфат	0,5	1000 мг	12000 мг
		Натрия гидрокарбонат	1	100 мл	200 мл
Средства, влияющие на центральную нервную систему			0,05		
	<i>Анксиолитики (транквилизаторы)</i>		1		
		Диазепам	1	10 мг	80 мг

* – Анатомо-терапевтическо-химическая классификация. ** – Ориентировочная дневная доза. *** – Эквивалентная курсовая доза.

Зильбер никогда, даже в тесном семейном кругу, не рассказывал, что «там» делали с ним. Прошло немало лет, прежде чем его близкий друг узнал, что ему отбили почки, сломали ребра, что он дважды — за отказ написать ложные показания — находился в Сухановской тюрьме. Зато он охотно вспоминал о замечательных людях, с которыми его сталкивала тюрьма. Однажды он рассказал, что следователь пожалел его — невероятный случай — и, заметив, что он путается в словах, теряет сознание, — предложил ему десять минут полежать на диване.

Самой серьезной проблемой всех северных лагерей была пеллагра — тяжелое заболевание, связанное с авитаминозом, который был вызван скудостью питания и его катастрофической обедненностью витаминами. Фактически, в разной степени болели все заключенные. Зильбер начал с классификации пеллагры. Таковой не существовало, поскольку этому редкому заболеванию медицинская наука не уделяла серьезного внимания. В условиях же, которые досталось пережить жителям ГУЛАГа, распознавание болезни и своевременная медицинская помощь имели решающее значение.

Пионеров сначала не понимают, а потом забывают... (Часть 2)

Начало в газете № 77



Зильбер находит неожиданное по своей простоте решение использовать олений мох — ягель — для выращивания на нем пекарских дрожжей. Дрожжи — давно известный и многократно применявшийся в медицине источник витаминов, дрожжи богаты белком. К тому же заготовка ягеля в больших количествах в тундре не требовала ни специальной техники, ни транспорта — вокруг всюду рос ягель. В лаборатории при лазарете Зильбер убедился, что пекарские дрожжи из лагерной пекарни прекрасно растут на ягеле. Часть полученных дрожжей немедленно использовали для обогащения пищи дрожжевым белком, а часть — для получения препарата против пеллагры, который был назван «антипеллагрином». Разрабатывая антипеллагрин, Зильбер отказался от всех видов очистки дрожжей и только стерилизовал их кипячением. При этом достигалась стерильность, достаточная для внутривенных, внутримышечных и подкожных вливаний, и экстрагировались (переходили в раствор) все водорастворимые вещества — соли, витамины, аминокислоты, нуклеотиды и т. д. В лагере было много тяжелых случаев пеллагры, при которой пища вообще перестает усваиваться (синдром нарушенной абсорбции). В этих случаях введение препаратов рет ос бесполезно. Эффект инъекций оказался поразительным, люди, которые не могли поднять руку, через несколько дней начинали есть, понос прекращался, а через две недели они могли ходить. Помимо внутривенных вливаний ученый предложил и подкожное введение стерилизованных дрожжей, что технически было проще и давало столь же благотворный лечебный эффект. Простота и доступность процедуры привела к тому, что ее стали применять и в других лагерях.

В лагере Печорстрой Л. Зильбер оказался на общих работах. Приступы стенокардии, бывшие и раньше, не давали повода для оптимизма. У начальника лагеря была беременная жена, рожавшая первый раз. Когда наступили роды, в лагере не оказалось ни врача, ни акушерки. Будущий отец, очень боявшийся этого момента, сильно нервничал. Он построил всех заключенных и командовал: «Врачи, шаг вперед!». Зильбер сделал шаг вперед. Его привели в дом, где жил начальник с женой и где уже раздавались стоны и крики роженицы. «Я имел самые смутные представления о родах, но женщина производила впечатление здоровой, таз у нее был широкий и я сумел определить, судорожно вспоминая учебник акушерства и гинекологии, что плод расположен правильно. После этого я решил положиться на Господа Бога и не мешать естественному течению событий. При этом я посоветовал роженице кричать громче, так как слышал как-то от одной рожавшей женщины, что это облегчает (заглушает) боль и способствует мышечной активации при изгнании плода. Женщина благополучно разродилась, я перевязал пуповину; обмыл новорожденного мальчика, который, как и положено, исправно заорал благим матом после шлепка».

Зильбер был немедленно снят с общих работ и назначен начальником лазарета. Это спасало от непосильного труда. В обязанности начальника лазарета входило «снимать пробу», т. е. проверять качество пищи, выдаваемой заключенным. Кроме того, это давало возможность помогать людям, освобождая их от общих работ, ставя им диагнозы, требовавшие госпитализации, избавляя их от гибели. Наконец, положение начальника позволяло начать поиски путей возвращения к науке, хотя это выглядело нереальным. Он снял с общих работ физика Лукирского, погибавшего от истощения, и поставил его помощником аптекаря в лазарете «заворачивать порошки». Лукирский вернулся, стал известным физиком, был избран академиком АН СССР.

Зильбер устроил конференцию врачей северных лагерей, где выступил с докладом о лечении пеллагры антипеллагрином. Врачей научили, как получать лекарство в лагерных условиях. Лев Александрович добился того, чтоб врачей лагерей обязали применять дрожжи и антипеллагрин. Л.А. добился также того, что было получено заключение Ученого совета на рукопись, где был описан новый препарат. Вероятно, это был первый случай в истории совета, когда рассматривалась работа заключенного. Зильбер официально, через лагерное начальство, подает заявку на изобретение. У этого зарегистрированного изобретения, фамилия, имя и отчество изобретателя обозначены одним словом — НКВД.

Сразу же после ареста Зильбера началась тяжелая и опасная борьба за его освобождение. В этой борьбе объединились — брат Валентин Каверин, его ближайший друг и бывшая жена Зинаида Виссарионовна Ермольева, его коллеги по дальневосточной экспедиции и ученики А.К. Шубладзе, М.П. Чумаков, В.Д. Соловьев, Н.Ф. Гамалея, его друг со студенческих лет В.А. Энгельгардт, писатель, друг с гимназических лет Ю.Н. Тынянов. В июне 39 г. Зильбера освобождают. Любой другой человек уже бы давно сдался и уж, по крайней мере, прекратил работать, но это любой другой, но не Лев Александрович. Короткий промежуток времени между освобождением и новым арестом в научном отношении был очень продуктивным. Зильбер вернулся к работе в Институте эпидемиологии и микробиологии, он работал над монографией об эпидемических энцефалитах, но в сентябре 40-го его арестовывают вновь. И вновь началась борьба

Продолжение на стр. 8

ИнтерНьюс

Правительство обмозговало, как бороться с утечкой мозгов

Президиум правительства РФ одобрил проект федеральной целевой программы «Научные и научно-педагогические кадры инновационной России» на 2009—2013 годы, которая должна будет способствовать привлечению молодых специалистов в науку и должна обеспечить возвращение «мозгов» в Россию. Глава Минобрнауки Андрей Фурсенко напомнил, что общий объем финансирования программы в течение 5 лет составит порядка 90 миллиардов рублей, из которых 80 миллиардов рублей составят средства из федерального бюджета. Более половины средств, выделяемых на ФЦП, пойдут на поддержку научных коллективов, возглавляемых молодыми кандидатами наук и докторами наук. Все эти гранты будут выдаваться на конкурсной основе вне зависимости от ведомственной принадлежности. Главное — это высокое качество проводимых научных исследований. Также необходимо обеспечить «мобильность» научных кадров. Речь идет о создании сети общежитий и гостевых домов в различных регионах России при ведущих университетах-победителях конкурса национального проекта «Образование». Государство планирует дополнительно к этой программе продолжать предпринимать усилия по улучшению жилищных условий для молодых ученых. Что касается возвращения в Россию научных «мозгов»: выделены специальные гранты, которые будут предоставляться зарубежным специалистам с условием, что не менее 2 месяцев они будут вести свою научную деятельность на территории России. Кроме того, уже предоставляются более крупные гранты для соотечественников, работающих за рубежом, которые позволят им в России организовывать целые лаборатории для проведения исследований и получать достойные зарплаты. Уже есть примеры возвращения соотечественников на работу в Россию.

Источник: medlink.ru

Все на борьбу!

Правительство России начнет с 2009 г. финансировать из бюджета мероприятия, пропагандирующие здоровый образ жизни и отказ от вредных привычек. Об этом заявил премьер-министр РФ В. Путин. Он подчеркнул, что все ранее принятые бюджетные обязательства подлежат «безусловному исполнению». «В этом и состоит логика трехлетнего бюджета», — сказал Путин. Основные решения в области здравоохранения в России в ближайшие 3 года будут связаны с борьбой против социально значимых заболеваний. «Я уже говорил о важности борьбы с таким национальным бедствием, как пьянство, курение, особенно в молодежной среде, — напомнил премьер-министр. — Считаю необходимым, начиная с 2009 года, начать финансирование мероприятий по пропаганде здорового образа жизни и отказу от вредных привычек», — сказал он.

Источник: tma.ru

Общий наркоз как причина боли

По мнению ученых из американского Джорджтаунского университета и университета чилийского Вальпараисо, общая анестезия полностью трансформировала медицинскую практику благодаря тому, что она подавляет болевое восприятие хирургического вмешательства. Однако многие из анестезирующих веществ активируют клетки периферической нервной системы, отвечающие за передачу болевых импульсов. Связанные с этим механизмы и значимость этого эффекта до сих пор не исследовались. Авторы исследования в экспериментах на мышах показали, что используемые в клинической практике дозы внутривенных и ингаляционных средств для общего обезболивания активируют у нейронов ионные каналы TRPA1, которые являются ключевыми для передачи болевых импульсов. Ученые считают, что эффект усиления болевой чувствительности в сочетании с хирургическими повреждениями тканей может вести к увеличению послеоперационной боли и воспалений.

Источник: Proceedings of the National Academy of Sciences

ВЫШЛА В СВЕТ НОВАЯ КНИГА!

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

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

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

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

ИнтерНьюс

Цены на лекарства в погоне за инфляцией

Аналитики маркетингового агентства «DSM Group» оценили темпы роста российского аптечного рынка и отметили, что если в прошлые годы наблюдался рост в рублях на уровне 10—13%, то за 5 месяцев 2008 г. к аналогичному периоду 2007 г. рост коммерческого рынка лекарственных средств превысил 22%. В итоге объем коммерческого рынка лекарств в потребительских ценах за январь—май 2008 г. составил 92 млрд руб. или 3,8 млрд дол. По прогнозам аналитиков, высокие темпы роста сохранятся и далее, и по итогам года рост рынка составит не менее 20%. Рост индекса цен на лекарственные средства за 5 месяцев по отношению к декабрю 2007 года составил 4,3%. Это уже выше, чем увеличение цен на лекарства за весь прошлый год (около 4%). По прогнозам DSM Group, в целом за 2008 г. цены на лекарства вырастут на 9—10%, что несколько ниже ожидаемой в России инфляции.

Однако стоимость лекарств в целом растет существенно быстрее инфляции и в натуральном выражении, по данным Счетной палаты РФ, рынок не только не увеличивается, а существенно уменьшается, снижается доступность лекарств. Связано это с вымыванием дешевых лекарств с рынка.

Источник: *mma.ru*

Эпидемия псевдоздоровья

Шведские врачи с тревогой отмечают распространение в шведском обществе новой мании — орторексии — психического расстройства, проявляющегося в одержимости здоровым образом жизни, основанном, прежде всего, на правильном питании и регулярных тренировках с большой нагрузкой. В гипертрофированной форме это благо намерение может перерасти в настоящий недуг, приводящий к проблемам с психикой и нарушениям в питании. У орторексии пока нет четкого медицинского диагноза, поэтому трудно с достаточной точностью определить, сколько людей страдает ею. Основатель Шведского объединения, выступающего против нарушений питания, М. Местертон констатирует, что за последние 5 лет стало обращаться больше людей, кто тренируется с упорством фаната и ест только очень здоровую пищу. СМИ постоянно бомбардируют советами по поводу того, чего нельзя есть, что надо есть и как необходимо тренироваться. На протяжении длительного времени приверженцы орторексии выглядят спортивными и здоровыми. Однако очень часто за красивым фасадом скрывается постоянный страх подхватить какую-то хворь, а образ жизни, который они ведут, нередко приводит к серьезному дефициту необходимых веществ в организме, состояя «скрытого» голода. Первыми симптомами орторексии являются стремление к отказу от жиров и углеводов, глубокая осведомленность о правилах питания, нацеленность на максимальный результат в спортзале, заиканность на собственном весе, принудительное здоровое питание и постоянный разговор с самим собой на уровне «одно мороженое стоит столько-то времени в спортзале», нежелание есть в компании с другими людьми, поскольку те не умеют контролировать количество съедаемого. Первый шаг к излечению состоит в том, чтобы человек сам осознал наличие у себя этих нарушений и был в состоянии говорить об этом.

Источник: *АМИ-ТАСС*

Должники болеют и мучаются

Стресс, вызванный долгами, является частой причиной болей в шее, спине, голове и желудке. Среди тех, кто заявил о долговом стрессе, 27% имеют проблемы с пищеварительной системой, в том числе страдают язва желудка; 44% страдают головными болями; 29% — чувством постоянной тревоги; 23% мучает депрессия; 6% сообщили о сердечных приступах, и это вдвое большее количество по сравнению с людьми, не обремененными долгами. Более 51% страдают от мышечных болей, в том числе в пояснице. Среди тех, чьи долги невелики, таких людей только 31%. Также должники жалуются на плохой сон, рассеянность и раздражительность.

Источник: *www.akado.com*

Начало на стр. 7

за освобождение, на переднем крае которой постоянно была З.В. Ермольева. В марте 1944 свекровь Зильбера передала в Кремль письмо виднейших ученых страны, адресованное И.В. Сталину. Первыми его подписали главный хирург Красной Армии академик Н.Н. Бурденко и вице-президент Академии наук Л.А. Орбели. В этом письме они выражали уверенность в невиновности Зильбера, указывали на значимость его работ и просили о пересмотре дела. Нужно было обладать большим мужеством, чтобы в 1944 г. подписать такое письмо, и если бы не Ермольева — письма бы не было. Поразительна была быстрота реакции. Письмо было передано в Кремль 21 марта, в тот же день, в 1-м часу ночи Зильбер был на свободе. «На следующий день мне привезли все мои вещи... В полном порядке были все мои записи, протоколы опытов, копии заявлений».

Освободившись, нужно было вновь организовать жизнь и работу. Счастье свободы омрачали два обстоятельства: тяжелая болезнь и исчезновение семьи — пустая квартира, где валялись детские игрушки старшего сына и стояла кровать младшего, которого отец даже не видел. Лев Александрович ищет лекарство и от первого, и от второго в работе, с невероятной энергией работает в лаборатории, только что созданной в Академии медицинских наук, издает книгу, над которой работал в 40-м перед арестом. Несмотря на то, что почти всю войну Зильбер провел в заключении, он после войны награждается медалью «За доблестный труд в Великой Отечественной войне 1941—1945 гг.». Он эту медаль заслужил, спасая жизни тысяч заключенных.

Семья же с самого начала войны оказалась в плену, кочуя из лагеря в лагерь. Их следы потерялись в июне 41 г. Когда война окончилась, и жена Валерия Петровна с сестрой и детьми оказались в русском лагере для освобожденных, старший мальчик Лев стал писать открытки, разыскивая отца. И одну из них Зильбер получил осенью 45 г. Едва ли кому-нибудь другому удалось бы достать специальный самолет для вывоза семьи из Германии. Ему удалось. Несмотря на то, что все русские, находившиеся «под немцами», проходили проверку, кончавшуюся подчас годами ссылки и заключения.

Жизнь на свободе, вновь обретенная семья вызывали неистовый порыв, сумасшедший ритм и темп работы. Он работал сразу по нескольким направлениям, он не давал себе ни минуты передышки. Если посмотреть список трудов Зильбера за 9 лет с марта 44 по март 53 г., то невозможно себе представить, что все это сделано одним человеком, которому уже больше 50-ти лет и который провел 7 лет в лагерях. Он публикует монографию по энцефалитам, написанную между 2-м и 3-м арестами в 39—40 гг. Книга была уничтожена после его 3-го ареста, но чудом сохранилась корректура. Книга получает Сталинскую премию 2-й степени в 46 г. Это неполное, половинчатое признание заслуг в изучении клещевого энцефалита — премия дана не за открытие нового вируса и его переносчика, а за монографию. Кроме того, премия 40 г., которую получили участники всех 3 экспедиций, была 1-й степени, а Зильбер получает премию 2-й степени.

В 44 г. создана Академия медицинских наук СССР. На первых же выборах в АМН СССР Л. Зильбер избирается ее действительным членом, минуя стадию члена-корреспондента. Зильбер выпускает новую монографию «Вирусная теория происхождения злокачественных опухолей». Следом — фундаментальный труд «Основы иммунитета». За 4 года 3 монографии (в то время у Зильбера не было даже секретаря-машинистки) — таков литературный итог работы Зильбера сразу после освобождения.

Исследовательская работа того периода шла сразу по нескольким направлениям: работа над научным наследием И.И. Мечникова, клещевые энцефалиты, проблемы общей вирусологии и иммунологии. В 47 г. на препарат «эритрин» Л.А. Зильберу выдано авторское свидетельство. На устойчивость к эритрину было испытано более 200 штаммов дифтерийных микробов, среди них не оказалось ни одного устойчивого.

В условиях заключения, без возможности обсуждать проблему со специалистами Зильбер сформулировал принципиально новую концепцию происхождения опухолей. В своем первоначальном виде (1944—1945) эта концепция базировалась на двух основных положениях: опухоли имеют вирусное происхождение, но вирус выполняет лишь иницирующие функции в опухолевой прогрессии. Идея вируса-триггера для развития опухоли для середины 40-х годов была абсолютно новой. Взгляды Зильбера встречали непонимание, неприятие и жесткую критику.

На дворе 1948 год, безумная антисемитская кампания, начавшаяся с убийства великого актера и режиссера С. Михоэлса, а закончившейся делом Еврейского антифашистского комитета и так называемым «делом врачей». По Москве ходили слухи, что вслед за расстрелом арестованных начнутся массовые аресты и депортация евреев из Москвы и других крупных городов. Лев Александрович был уверен, что его это коснется, и начал готовиться к очередному аресту. Он думал не о себе, но боялся за родных, друзей. Так, просмотрев всю свою библиотеку, Зильбер вырывал из книг страницы с дарственными надписями авторов, ему адресованные. Помимо этого, были уничтожены записные книжки, содержавшие сотни номеров телефонов. В лаборатории он уничтожил часть переписки. Он провел с сотрудниками ними длительные беседы, обсуждая план работ на ближайшие годы.

После смерти Сталина началась реабилитация невинно репрессированных. Зильбер не раз давал показания в Генеральной прокуратуре в пользу жертв сталинизма, сам подал заявление и о своей реабилитации и в 55 г. получил положи-

тельное решение. Реабилитация была важным психологическим фактором не только для Зильбера, но для всех окружающих и для официальных инстанций, и, несомненно, имела решающее значение для получения Зильбером разрешений на научные командировки за границу.

В 47—49 гг. лаборатория Л.А. Зильбера открыла новое направление, получившее название иммунологии рака, или онкоиммунологии. В эти же годы отечественная медицинская микробиология и вирусология переживала потрясение, вызванное внедрением в научное сообщество Г.М. Бошняна с его «новаторскими» подходами и фантастическими результатами, которые не выдерживали проверки компетентными специалистами, но вызывали опасения руководства здравоохранением в надежности принятой системы профилактики инфекций. Несмотря на эти обстоятельства, Зильбер принимал активнейшее участие в противостоянии подерживаемого властью Бошняна, т. е., по существу, противостояния власти.

Лишь спустя много лет после самого открытия, у Зильбера появилась возможность сообщить миру о достижениях онкоиммунологии. Эти обзоры произвели на международное научное сообщество ошеломляющее впечатление. После серии публикаций за рубежом посыпались приглашения на самые крупные и престижные международные встречи. В 54 г. Л.А. исполнилось 60 лет. По советскому законодательству это возраст выхода мужчины на пенсию, однако именно последующие 12 лет были невероятной (можно даже сказать, неправдоподобно) продуктивными в его жизни. Издано «Учение о вирусах (общая вирусология)», параллельно он пишет «Основы иммунологии», которая не имела себе равных в то время ни в отечественной, ни в мировой литературе. Совершенно особую главу в научной биографии Зильбера составляет изучение нейродегенеративного заболевания — бокового амиотрофического склероза — он предположил вирусную его природу.

В 1957—1962 гг. отдел Зильбера стал мировым лидером в иммунологии рака. Вот лишь краткий перечень основных результатов: при лейкозах обнаружено отсутствие части нормальных антигенов селезенки; обнаружен, выделен и изучен специфический антиген гепатомы и получены антитела к нему; обнаружен группо-специфический антиген в опухолях молочных желез мышей, который позднее был повторно открыт в США; отчетливо показана утрата части нормальных антигенов в опухолях печени. Параллельно изучалось, как меняется антигенный спектр печени в ходе развития. Брали эмбрионы, а в качестве контроля — выделенный ранее гепатомный антиген. Результат контроля был ошеломляющим — специфический опухолевый антиген был обнаружен в огромных количествах в эмбриональной печени! К концу 60-х годов стало очевидно, что создан первый маркер двух видов рака — гепатоцеллюлярных карцином и тератобластом, пригодный для диагностики этих опухолей. Это был триумф онкоиммунологической школы Зильбера, крупнейшее событие в мировой онкоиммунологии после открытия самого факта существования специфических антигенов опухолей. Значение этих исследований было столь велико, что ВОЗ и Международное агентство по изучению рака совместно организовали в Африке (где часто встречается рак печени) широкую проверку диагностической ценности альфафетопротеина — он с блеском выдержал экзамен и получил путевку в жизнь. Случилось это уже в 1971 г., когда Зильбера уже не было в живых. Таким образом, на основе усилий отдела Зильбера возникла новая область онкоиммунологии — серодиагностика рака, приобретающая к настоящему времени широчайшее распространение во всем мире (так называемые онкомаркеры).

Зильбер излагает основные положения вирусогенетической концепции рака и перспективные направления: семейный рак — следует изучать не только семьи, где рак встречается часто во многих поколениях, но и семьи, где рак вообще не встречается или встречается очень редко; выделение опухолевых вирусов в окружающей среде с мочой, мокротой, слюной, калом, спермой и т. д. — эта область совершенно не разработана; анализ заболеваемости раком персонала онкологических клиник в рамках не одного, а нескольких поколений.

Онкологические исследования последних 4 десятилетий полностью подтвердили правоту Зильбера, настойчиво добивавшегося создания научной дисциплины — эпидемиологии рака. Десятки лабораторий во всем мире теперь разрабатывают эту проблему. Добиваясь развития исследований по эпидемиологии рака, Лев Александрович, как и во многих других ситуациях, обгонял свое время, смотря на десятилетия вперед и трываясь от прозы сегодняшнего дня. В 50—60-е годы прошлого века призыв Зильбера заниматься эпидемиологией рака был гласом вопиющего в пустыне. Сегодня написанное Зильбером 40—50 лет назад кажется самоочевидным. Пионеров в науке сначала не понимают, не воспринимают, а потом... о них забывают.

Открытие раково-эмбриональных антигенов, сделанное Абельевым в отделе Зильбера, создало новое направление в мировой онкологии, эмбриологии, биологии развития, клеточной биологии. Приоритет отечественной школы онкоиммунологов никто не оспаривает. Лев Александрович писал, что научная молодежь теряет много времени на подготовку, написание и защиту диссертаций, посвященных в основном детализации уже известных науке фактов, а не на поиски нового, и рекомендует присуждать ученые степени по совокупности опубликованных работ. Интересно, что сам Зильбер за свою долгую жизнь в науке не защитил ни одной диссертации. Звание профессора и степень доктора медицинских наук он получил без защиты диссертации, в академии был избран, минуя ступень члена-корреспондента...

Материал подготовлен А. Власовой и П. Воробьевым

ПРОТОКОЛЫ МГНОТ

**ПРОТОКОЛ ПЛЕНАРНОГО ЗАСЕДАНИЯ
МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО
НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ
от 12.12.2007 г.**

Председатель секции: академик РАН и РАМН А.И. Воробьев
Секретарь: О.В. Борисенко

Повестка дня:

1. Член-корр. РАМН В.В. Кухарчук (Российский кардиологический научно-производственный комплекс).

Современные аспекты диагностики и коррекции нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза.

Более 1 млн человек умирает от сердечно-сосудистых заболеваний в нашей стране в год, около 5 млн страдает ишемическими болезнями сердца. Среди структуры причин смерти от болезней системы кровообращения ишемические болезни сердца занимают 50%, а 37,7% приходится на цереброваскулярные проблемы. Остальное — это пороки сердца, ревматизм и др. Одной из ведущих теорий атеросклероза является «холестериновая» теория. Пионером «холестериновой» теории атеросклероза является Н.Н.Аничков. Анализ уровня смертности в зависимости от уровня холестерина показывает, что смертность и уровень холестерина высоки в странах Северной Европы, США и минимальны — в Японии, странах Южной Европы.

В настоящее время используется классификация гиперлипотеидемий ВОЗ (классификация Фридерексена). Выделяют три основных нарушения липидного обмена: гипертриглицеридемия, гипоальфахолестеринемия, гиперхолестеринемия. Особенности течения нарушений липидного обмена у пациентов с ишемическими болезнями сердца связаны с особенностями липопротеидов низкой плотности (мелкие, плотные, легко окисляющиеся частицы типа В). На сегодняшний день оптимальные значения липидных параметров различаются в популяции и у больных ишемическими болезнями сердца и другими сердечно-сосудистыми заболеваниями. Среди факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний нарушения липидного обмена занимают 2-е место после артериальной гипертензии. Причем факторы риска при взаимодействии усиливают друг друга (например, курение, гипертензия, гиперлипидемия). Существуют специальные шкалы, например, шкала SCORE, которые позволяют определить степень риска сердечно-сосудистых заболеваний для пациента (очень высокий, высокий, умеренный, низкий). Целевые уровни липопротеидов низкой плотности различаются также в зависимости от категории риска пациента.

Подходы к коррекции нарушений липидного обмена подразделяются на немедикаментозные и медикаментозные. К немедикаментозной терапии относят прекращение курения, аэробные упражнения, диету. К диетическим методам относятся: снижение доли насыщенных жиров до 10% от общей калорийности, снижение холестерина до 300 мг в день, потребление рыбы, грубой клетчатки, овощей, фруктов. Медикаментозная терапия — это статины, ингибиторы всасывания холестерина в кишечнике, никотиновая кислота, фибраты, омега-3-полиненасыщенные кислоты.

Статины подразделяются на пролекарства (ловастатин, симвастатин), которые превращаются в активную форму в печени, и активные лекарства (правастатин, флувастатин, аторвастатин, розувастатин). Статины исследовались в большом количестве исследований (AFCAPS, WOSCOPS, CARE, LIPID, 4S). Во всех исследованиях снижалась смертность от ишемических болезней сердца, в некоторых — смертность от инсульта и общая смертность. Был проведен целый ряд исследований агрессивной терапии статинами. Помимо липидснижающего эффекта статинов выделяют несколько плейотропных: улучшение функции эндотелия, противовоспалительный эффект, антипролиферативный эффект, антиагрегантный эффект, антиоксидантный эффект. Однако сегодня в России около 40 генериков статинов, и это, безусловно, затрудняет работу врача, так как не все они имеют клиническую эквивалентность. Среди побочных эффектов статинов выделяют: повышение печеноч-

ных ферментов, миалгия, миопатия, рабдомиолиз. Рабдомиолиз — наиболее тяжелое осложнение, оно встречается с частотой 73 случая на 1 млн назначений. Церивастатин был изъят с рынка из-за высокой частоты рабдомиолиза.

Сегодня появилась новая группа препаратов — ингибиторы синтеза холестерина в энтероцитах (ezetимиб). Наиболее выраженный эффект можно достичь при комбинации эзетимиба со статинами.

Никотиновая кислота — самый дешевый гиполипидемический препарат, единственный препарат, снижающий липопротеиды(а), но он назначается в очень высоких дозах.

Фибраты в основном действуют на уровень триглицеридов, на другие липиды действуют в меньшей степени. Сейчас в мире популярны комбинации фибратов и статинов, особенно у пациентов с сахарным диабетом. Однако доказательная база фибратов сегодня слабая, всего 2 исследования.

Омега-3-полиненасыщенные жирные кислоты (в принципе — это концентрированный рыбий жир) у пациентов после инфаркта миокарда в исследовании GISSI-prevenzione снижали уровень внезапной смерти на 45%, сердечно-сосудистую смертность на 30%, общую смертность на 20%. Необходимо исследовать этот вопрос в дальнейшем. Наиболее опасные осложнения при применении этой группы препаратов — это кровотечения.

Вопросы к докладчику:

Вопрос: Изучали ли параллельное назначение препаратов, влияющих на свертывание крови вместе с гиполипидемическими средствами?

Ответ: Накоплен большой объем данных, необходимо уточнять взаимодействие в каждом конкретном случае и соблюдать осторожность.



Вопрос: Имеет значение время суток приема статинов?

Ответ: Лучше на ночь, после ужина. Синтез холестерина усиливается в вечернее время.

Вопрос: Размер бляшки при терапии статинами снижается, однако, за счет чего?

Ответ: Такие наблюдения есть, в исследовании «Астероид» наблюдалась регрессия бляшки. Существуют различные механизмы проникновения лекарств внутрь бляшки, например, в макрофаги.

Вопрос: Т. е. статины уменьшают также количество старых бляшек?

Ответ: Да.

Вопрос: Используются ли схемы лечебного голодания для уменьшения размера бляшек?

Ответ: На бытовательском уровне. Лучше этими вещами не заниматься в плане лечения атеросклероза.

Замечание А.И. Воробьева: Работы по вскрытиям блокадников показали, что атеросклероза там не было.

Замечание П.А. Воробьева: Есть книга Е.Е. Гогина, которая показала, что эти данные неверные, там была систематическая ошибка, которую впоследствии выявили.

Вопрос П.А. Воробьева: Исследования дженериков были сравнительные или нет?

Ответ: Да в некоторых исследованиях, они сравниваются между собой, но нами выполнялись не сравнительные исследования.

Продолжение на стр. 10

ИнтерНьюс

Снова в больницу на вертолете

Медицинская служба доставки пациентов в больницы Московской области на вертолетах начнет массово внедряться в регионе со следующего года в рамках программы развития транспортного комплекса московского региона до 2015 года. На территории Московской области уже действуют подобные авиаслужбы, но к их помощи прибегают только при большом числе пострадавших или очень серьезных происшествиях. По мнению областного правительства, необходимо сделать так, чтобы медицинская авиация в Подмоскovie была так же распространена, как обычная скорая помощь. Со следующего года на территории подмосковных больниц начнут строить вертолетные площадки. Современные вертолеты способны приземляться и без специально оборудованных площадок. На вертолетных площадках смогут приземляться сразу несколько вертолетов. Кроме того, они будут использоваться и как стоянки воздушных транспортных средств. Предполагается строительство разных видов вертолетных площадок: на крышах больниц, на территории медучреждений, а также в непосредственной близости от них. Точные места размещения площадок пока не определены, но скорее всего это будут наиболее многолюдные районы Московской области, в частности, Серебряно-Прудский район и город Сергиев Посад. Средства, необходимые на строительство вертолетных площадок, будут предусмотрены в областном бюджете на 2009 год.

Впрочем, в Москве такая система уже действует около 10 лет, вертолеты иногда летают, площадки сделаны и обслуживаются в круглосуточном режиме. Даже авария была с вертолетом. Но никак это не сказалось на эффективности работы скорой помощи, во всяком случае, про нее ничего не известно. Прилет вертолета выглядит так: много шума, ветер, стоит бригада реаниматологов в халатиках, стынут на ветру, с каталочкой убогой. А затем по больничным раздолбаным дорогам тащат каталку к себе в реанимацию. Хорошо еще, если снега нет, так и по льду удобно. А как власти области планируют довозить больных из мест «рядом с больницами» — на каталке по городским улицам? Или перегружать с каталки на каталку, с вертолета в машину, из машины в больницу? Вопросы...


Источник:

РИА НОВОСТИ, собственные данные

Язык мой — друг мой!

Американские ученые из Технологического института штата Джорджия создали устройство, позволяющее управлять инвалидным креслом и компьютерной мышью с помощью крошечного магнита, имплантированного в кончик языка. Новое устройство состоит из магнита размером с рисовое зернышко, который фиксируется к языку пациента при имплантации, пирсинге или с помощью тканевого клея. Сигналы магнитного «маячка» воспринимаются беспроводным устройством, которое крепится в районе головы, либо ортодонтическими брекетами. Затем информация по беспроводной связи передается на портативный компьютер, прикрепленный к одежде пациента или инвалидному креслу. Новая технология может оказаться особенно полезной людям с тяжелыми поражениями спинного мозга и нервно-мышечными заболеваниями. Ее преимуществом является то, что в отличие от конечностей, язык «напрямую» связан с головным мозгом. Движения языка являются быстрыми, точными и не требуют чрезмерного обдумывания, концентрации и усилий. Дополнительным плюсом является возможность индивидуального подхода: в компьютер можно вносить уникальный набор движений языка, удобных для конкретного пациента. К примеру, касание разных зубов кончиком языка может обозначать различные команды. Устройство уже прошло успешные испытания на здоровых добровольцах. В ближайшем будущем новинку планируют испытать на пациентах, прикованных к инвалидному креслу.

Источник: tta.ru



СТАНДАРТИЗАЦИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ. Лекции

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

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

Издательство "Ньюдиамед" 2007 г.

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

Интервью

Оборотни в белых халатах по-итальянски.

Громкий скандал разразился в Италии в одной из самых престижных клиник Милана, где арестованы 14 врачей, обвиняемых в жестокости, мошенничестве и убийстве. Они делали пациентам платные операции, в которых не было необходимости. Зарабатывали на стариках: их было легче всего убедить в необходимости лечь под нож. Жертвами алчных медиков стали 5 человек, которые не вынесли большого количества внеплановых операций. Всего же от рук хирургов-мошенников пострадали около 100 пожилых. Фр. Гроцци, пациентка клиники, говорит: «Меня 3 раза оперировали. Я 1,5 года хромала. Причем мне дали только одну квитанцию: остальные деньги я передавала в конвертах».

Как заявили представители прокуратуры, решающую роль в расследовании этого дела сыграл перехват телефонных разговоров преступников. Сейчас всех арестованных ждет суд. Им грозит 100 лет тюрьмы.

Источник: ОРТ

Вакцины в почтовом конверте

Ученые разработали пластырь с нановыступами, который может стать альтернативой инъекциям для введения даже крупных молекул, таких, как антигены в составе вакцин. Пластырь диаметром около двух сантиметров, разработанный учеными из австралийского Университета Квинсленда, достаточно наклеить на несколько минут, чтобы препарат проник сквозь кожу. Принцип его действия заключается в том, что молекулы вакцины покрывают поверхность наночастиц, расположенных на липкой стороне пластыря и способных преодолевать защитный слой кожи. В эксперименте на животных пластырь с вакциной оказался эффективнее инъекции. По словам руководителя разработки профессора М. Кендалла, это может объяснить то, что вакцина, введенная с помощью пластыря, проникает непосредственно под поверхность кожи, где находится множество иммунных клеток, и вызывает более сильный иммунный ответ. Кроме того, вакцина в форме пластыря выгодно отличается тем, что ее может применить сам пациент, она не нуждается в заморозке, при необходимости может быть отправлена обычным письмом, а также исключает опасность инфицирования при инъекции. Для появления нанопластыря на фармацевтическом рынке необходимо провести исследования эффективности и безопасности на людях. Предполагается, что нанопластырь будет эффективно использоваться для вакцинации против гриппа и для борьбы с эпидемиями в странах третьего мира.

Источник: tma.ru

Половым инфекциям все возрасты покорны

Агентство по делам здравоохранения Англии проанализировало статистику по 19 клиникам, занимающимся лечением инфекций передающихся половым путем. В исследовании были включены данные с 1996 по 2003 г. включительно. За этот период в возрастной группе старше 45 лет было зарегистрировано 4445 случаев инфекций, в основном среди гетеросексуальных мужчин и женщин. В структуре заболеваемости лидировали остроконечные кондиломы — 45% случаев, за ними следовал генитальный герпес — 19%. Среди инфицированных преобладали мужчины в возрасте от 55 до 59 лет. Общая заболеваемость в исследуемой возрастной группе (не включая ВИЧ-инфекцию) выросла с 16,7 человек на 100 000 населения в 1996 г. до 36,3 на 100 000 в 2003 г., причем этот рост произошел за счет всех половых инфекций. Доля людей старше 45 лет в общем количестве обращений также возросла за указанный период с 3,9% до 4,5%. Среди причин роста заболеваемости называется склонность пожилых людей к небезопасному сексу, а также усиление их половой активности в связи с появлением на рынке лекарств от импотенции.

Источник: medportal.ru

Начало на стр. 9

Вопрос: Где откладывается холестерин?

Ответ: Под эндотелием.

Вопрос: А.В. Покровский утверждал, что под мышечным слоем?

Ответ: Это распространение процесса в результате пролиферации.

Замечание А.И. Воробьева: Атероматоз поражает аорту, где мышц нет.

Вопрос: Возникает ли синдром рикошета при отмене статинов?

Ответ: При отмене не рикошетом, но примерно через 3 недели показатели липидов поднимутся до прежнего уровня.

Вопрос: Влияет ли прием статинов на сократительную активность миокарда?

Ответ: Нет, не влияет.

Вопрос: Не связаны ли улучшения в группах статинов в исследованиях с лучшим диспансерным наблюдением?

Ответ: Нет, в рандомизированных контролируемых исследованиях пациенты в обеих группах получают одинаковую базовую терапию и наблюдение.

Вопрос: Как вы относитесь к гомоцистеиновой теории?

Ответ: Данные очень противоречивы. Все исследования провалились, однако есть ассоциация между повышенным уровнем гомоцистеина и заболеваемости, но нет механизмов терапевтических вмешательств.

Вопрос: При каком повышении АЛТ или АСТ можно назначать статины?

Ответ: Если повышение в три раза, то лучше обойтись без статинов. Лучше начать с диеты.

Впервые синдром профессионального выгорания был описан в 1974 году американским психотерапевтом Гербертом Фройденбергом, как синдром усталости и разочарования в работе именно в среде медицинских работников (психиатров). Степень его варьирует от сочетания легкой усталости, раздражительности и утраты интереса к работе и до выраженного снижения продуктивности на фоне эмоциональных и психосоматических расстройств.

В дальнейшем описанный симптомокомплекс был отмечен и среди других так называемых «помогающих» профессий (социальных работников, юристов, учителей и даже священников и т. д.), а в настоящее время синдром профессионального выгорания все чаще встречается и у работников банковской сферы и у риэлторов, у страховщиков, у менеджеров по продажам. Погруженные в общение с огромным числом людей, они, вне зависимости от специальности, испытывают постоянное напряжение и спустя время отмечают, что на смену сочувствию, сопереживанию, желанию помочь приходит безразличие и раздражение.

Формирование синдрома выгорания в медицине в отличие от других сфер имеет свои специфические особенности. Отмечено, что степень профессионального выгорания варьирует у врачей разных специальностей: он наиболее высок в специальностях, работающих в контакте с тяжелыми, хроническими больными, неизлечимыми или умирающими пациентами (онкологи, кардиологи, неврологи, нефрологи). Существенно менее выражен этот синдром у медиков, работающих в непродолжительном контакте или с больными с благоприятным прогнозом (акушеры-гинекологи, офтальмологи). Вне зависимости от специализации, выгорание встречается реже среди педиатров и значительно чаще среди геронтологов или врачей терапевтического профиля, часто контактирующих с пожилыми пациентами. Самые высокие показатели наблюдаются у врачей, работающих в государственном секторе, и менее высокие — у врачей частных клиник или работающих в научной сфере. У врачей, использующих в своей работе только фармакотерапевтические методы лечения, выгорание отмечается реже, чем у специалистов, применяющих в практике не только медикаменты, но и психологические, психотерапевтические методы лечения и коррекции. Таким образом, выгорание связано с перспективностью и эффективностью лечения врачом пациентов.

Вторым по важности фактором является постоянная перегрузка. Низкий уровень оплаты труда, а также очевидный дефицит медицинского персонала в целом ряде отраслей здравоохранения толкает медицинских работников на постоянное совместительство, помимо основной работы. Низкая социальная оценка труда врача приводит к накоплению общего недовольства и к ощущению бессмысленности, тщетности усилий.

Социальные последствия синдрома сгорания у медицинских работников очень высоки. Самое очевидное из них — это формирование антитерапевтической обстановки на рабочем месте и снижение качества предоставляемой помощи.

По данным Остроумовой О.Д. (2004 г.), в медицинской среде распространены самые деструктивные из существующих способы борьбы со стрессом — переживание, употребление алкоголя, а также злоупотребление психоактивными лекарственными препаратами. По данным Вгооке Р., в Великобритании уровень разводов среди медработников выше, чем в среднем по популяции, а также пугающе высок уровень дорожного травматизма. Целый ряд авторов отмечает, что уровень суицидов среди врачей выше в 2–3 раза, чем в среднем по популяции. К социальным последствиям можно

Вопрос: Это относится к изначальному уровню или в процессе лечения?

Ответ: Это относится к изначальному уровню до начала лечения.

Вопрос А.И. Воробьева: Кто из животных страдает атеросклерозом?

Ответ: Из диких животных никто.

Выступление: Необходимо обратить внимание на сочетание гиперкоагуляции и гиперхолестеринемии. Вторая незатронутая проблема: высокий уровень холестерина при гипотиреозе.

Выступление П.А. Воробьева: В отношении дженериков — мы много занимаемся сравнительным экономическим анализом. Мы имеем опыт сравнения дженериков диклофенаков, эналаприлов, бетагистинов. Было бы интересно сравнить между собой дженерики статинов. Сколько стоит снижение холестерина? Это необходимо определить для выбора наиболее оптимальной терапии.

Заключение председателя:

Доложенная тема очень многофакторная. Ее голыми руками не возьмешь. И за замечательное представление я хочу поблагодарить докладчика. Нужно также учитывать важнейший этнический и национальный фактор. Необходимо изучать этот вопрос, ведь например, китайцы, эмигрировавшие в США, приобретают показатели метаболизма американцев. Второе — связь с повышением свертывания крови. А что касается отношения к табаку — так в клинике А.Л. Мяникова выписывали больных в любом состоянии, если те курили. Что касается основной темы — необходимо оценивать терапию гиперлипидемий с позиции нашего национального уклада.

отнести и то, что многие представители профессии, один раз «выгорев», предпочитают из нее уйти.

Почему же в среде, которая призвана нести здоровье в массы, с этим самым здоровьем и благополучием отмечается такой дефицит? Или все определяют только организационные факторы и больше ничего? Есть ли какой-либо выход из сложившейся ситуации?

Рассмотрим 2 смежные профессии — врача и психотерапевта. И та, и другая являются помогающими, и та, и другая связаны с контактом с большим числом пациентов, однако в среде психотерапевтов выгорание встречается куда реже. И это при том, что риск его развития по логике вещей выше, т. к. психотерапевт преимущественно использует психологические техники, т. е. самые «энергоёмкие», а врач имеет возможность «ограничиться» лишь медикаментозным назначением. В

профессиональной психотерапевтической среде есть целый комплекс мер по предотвращению сгорания:

1. Во-первых, психотерапевты знают о существовании проблемы как таковой и, более того, это является одним из противопоказаний к профессиональной деятельности. «Выгоревший» психотерапевт есть показатель его непрофессионализма.

2. Во-вторых, обязательное посещение лечебных сессий самим психотерапевтом, балентовских групп, а также практика супервизий (предметом которой может быть не только трудный пациент, но трудности самого психотерапевта) не позволяют ему остаться со своими проблемами наедине. Таким образом, формируется хорошая привычка обращаться за помощью.

3. В-третьих, если только не во-первых, работа развивает у активно практикующего специалиста навыки самоанализа, умения находиться в контакте с собой. Она учит прислушиваться не только к другим, но прежде всего к себе.

В противовес вышесказанному во врачебной профессии наблюдаются совсем иные тенденции — чем напряженнее работает врач, тем активнее он избегает мыслей и чувств, связанных с внутренним выгоранием. Известный парадокс состоит в том, что подавление негативных эмоций, связанных со взаимодействием с пациентами, является сильной чертой врача, и чуть ли не показателем профессионализма, но это же является и его слабостью, т. к. позволяет игнорировать контакт возможно с самым важным пациентом — с самим собой. Не менее порочна практика и «самолечения»...

Какие практические советы можно дать практическому врачу во избежание эмоционального сгорания:

1. Научитесь наблюдать за собой и не отрицать своих собственных проблем.

2. Старайтесь со всей ответственностью понимать, что в той профессии, которую вы избрали, ваше физическое и психическое здоровье не принадлежит исключительно вам. От его уровня прямо или косвенно зависит качество помощи и характер атмосферы, которую вы создаете на работе.

3. Сформируйте свою систему поддержки — найдите человека, а лучше и не одного, с которыми хотя бы вентилируйте свои профессиональные сложности. Не игнорируйте мнение окружающих о вашем психическом состоянии.

4. Особенно серьезно относитесь к отдыху, не называйте отдыхом простое «ничего неделание». Выбирайте для себя то, что будет способствовать переключению, и работа престанет быть мощной доминантой. Очень помогает учеба. Помимо переключения и расширения кругозора, она как ничто другое позволяет отдохнуть от роли «дающего» и насладиться именно «получением», то, что и дает ученичество.

5. Ну, а если выгорание уже произошло — на фоне этого явления не принимайте никаких кардинальных решений, связанных с профессиональной деятельностью, и просто обратитесь за профессиональной помощью.

ОБЩИЙ АНАЛИЗ

от Т. Трифоловской

ВНИМАНИЕ, У ВАС ПОЖАР!

Я не дам никому просимого у меня смертельного средства и не покажу пути подобного замысла.

Гиппократ

Многими скорбями надлежит нам войти в Царствие Божие.

Деян. 14, 22

Для христианина имеется три степени для спасения:

- а) не грешить;
 - б) согрешившись, каяться;
 - в) кто плохо кается, тому терпеть находящиеся скорби.
- Свт. Иоанн Златоуст*

Вопрос эвтаназии поднимается довольно часто в нашей стране, особенно если возникает информационный повод. Многие помнят судебный процесс в Ростове-на-Дону в 2004 г. по делу 2 девочек, убивших свою соседку якобы для облегчения ее страданий и забравших ее драгоценности. Во Франции в марте 2008 г. 52-летняя женщина обратилась в суд с просьбой об эвтаназии. Российские СМИ тут же подхватили эту новость.

В России эвтаназия не разрешена законом. В Англии после долгих обсуждений принят закон о безусловном запрещении любой эвтаназии в медицинской практике. В то же время она легализована в Нидерландах — в 1984 г. Верховный суд этой страны впервые разрешил эвтаназию. В ноябре 1994 г. в США (штат Орегон) был принят закон (с рядом ограничений), разрешающий эвтаназию больным в терминальной стадии. В 2002 г. эвтаназия была узаконена в Бельгии, в бельгийских аптеках даже появились специальные медицинские наборы для эвтаназии, призванные быстро и просто решить проблему смерти. Такой набор, включающий в себя шприц с отравляющим веществом и другие необходимые для инъекции вещества, может заказать только практикующий врач. Врач производит эвтаназию, заручившись несколькими письменными запросами от больного. Бельгийский закон разрешает эвтаназию человеку старше 18 лет, страдающему неизлечимым заболеванием. В Швейцарии и Германии эвтаназия не узаконена, но помощь по уходу из жизни неизлечимым страдающим больным не считается преступлением.

гедонистического мировоззрения западного человека лучше уход из жизни, чем боль и страдание. Мишель Монтень писал: «Добровольная смерть — прекраснейшее завершение жизни. Ибо вся наша жизнь зависит от воли других людей, и только смерть — от нашей собственной».

Кто же в этом может быть заинтересован? Как известно, законопроект об эвтаназии в Нидерландах лоббировали страховые компании. Однако такие законопроекты не способствуют развитию медицины: не финансируются разработки по изобретению и производству новых обезболивающих препаратов (зачем изобретать новые анальгетики, если можно просто убить человека?), нового медицинского оборудования.

Почему бы не развивать как альтернативу эвтаназии систему хосписов — учреждения для терминальных больных, где они не доживают свой век в страшных муках, а живут полноценной духовной жизнью. На сегодняшний день уже во многих российских городах открыты хосписы, существует Общество хосписов. Нужно продолжать работу в этом направлении.

На мой взгляд, эвтаназия не имеет ничего общего с медициной. Сущность эвтаназии — самоубийство, а испытывающий страдания человек, просящий об эвтаназии, пытается переложить ответственность за самоубийство на врача. В такой ситуации врач, который должен лечить людей, превращается в смертоотправителя. Преступно привлекать к своему греху другого человека — врача. Тем более преступно закреплять такое законодательно. Именно поэтому в России, как и во многих других странах, эвтаназия неприемлема. Сколько бы раз ни поднимался этот вопрос в нашей стране, сколько бы ни обсуждался законопроект об эвтаназии, Россия всегда говорит решительное «нет» эвтаназии.

Причины отрицательного отношения к эвтаназии в России коренятся в русской культуре, в основе которой — христианство. Жизнь — это дар Божий, и разве человек может по своей воле уйти из жизни? Смертью для русского человека является жизнь без Бога, а самоубийцы лишают себя этой вечной жизни

ОБЩИЙ АНАЛИЗ

от О. Мулиной

ЭВТАНАЗИЯ: УЗАКОНЕННОЕ УБИЙСТВО

ВЫШЛА В СВЕТ НОВАЯ КНИГА!

ВЕРОЯТНОСТНОЕ ПРОГНОЗИРОВАНИЕ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧЕЛОВЕКА И ПОВЕДЕНИИ ЖИВОТНЫХ

И.М. Фейгенберг

Издательство НЬЮДИАМЕД
2008 г.

Всегда интересна, всегда актуальна — тема вероятностного прогнозирования. Это эволюционно сформировавшаяся способность человека и животных предвидеть, как и с какой вероятностью изменится ситуация вслед за той, которая имеется в данный момент. Основание для такого прогноза — хранимая памятью информация о прошлом опыте. В соответствии с вероятностным прогнозированием организм осуществляет преднастройку — подготовку к действиям, адекватным той предстоящей ситуации, которая прогнозируется с наибольшей вероятностью. Такая преднастройка, опережающая ситуацию, позволяет при возникновении этой новой ситуации реагировать быстро и точно. Книга — итог многолетней работы автора над данной проблемой.



Чтобы понять причины отказа от эвтаназии большинством стран, разберемся в сущности этого явления. Термин «эвтаназия» впервые употреблен Ф. Бэконом в XVII в. для определения «легкой смерти». Эвтаназия (греч. *eu* — «хороший» + *θανάτος* «смерть») — практика прекращения (или сокращения) жизни человека или животного, страдающего неизлечимым заболеванием, испытывающего невыносимые страдания, в безболезненной или минимально болезненной форме для сокращения страданий. Существует 2 вида эвтаназии — активная и пассивная. Активная эвтаназия предполагает введение больному лекарственных средств или другие действия, приводящие к быстрой смерти или сокращающие жизнь (по существу это самоубийство с врачебной помощью). Пассивная эвтаназия — это намеренное прекращение поддерживающей терапии пациента. Эвтаназия преподносится как милосердный акт по отношению к больному, испытывающему тяжкие муки. Причем особо подчеркивается право человека на самостоятельное принятие решения. Сторонники эвтаназии требуют уважения права личности на определенное качество жизни. Так ли это на самом деле?

Противники эвтаназии, помимо религиозных соображений, учитывают то, что больной просит об эвтаназии, когда он психологически слаб и не может четко осознавать свои действия. Также велика вероятность криминальных злоупотреблений эвтаназией со стороны родственников, например при большом наследстве. А сколько известно случаев врачебных ошибок! Но даже если врач ставит диагноз правильно, он это делает исходя из данных на сегодняшний день, а каковы резервы организма — ему трудно предположить. Кроме того, история знает массу примеров, когда истребление народностей и наций объяснялось благими намерениями очистить общество от неполноценных людей, инвалидов и калек, улучшить генофонд и освободить место под солнцем для избранных. В сущности, пионерами в области легализации эвтаназии можно считать немецких фашистов, ведь была создана специальная индустрия в виде газовых камер и крематориев. Позднее их действия были названы Международным трибуналом в Нюрнберге преступлением против человечества. В связи с этим вспоминается сюжет из романа Юлии Вознесенской «Путешествие с макаронами», где всех инвалидов подвергали принудительной эвтаназии. Начало XXI века, к сожалению, не так далеко от подобной фантастики: использование фетальных тканей для нужд косметологии, эксперименты на людях, развитие трансплантологии.

Западная пресса, несмотря на отражение различных точек зрения, все же готовит почву для легализации эвтаназии. Для

с Богом. Прекратить жизнь самому себе — смертный грех. Если Бог посылает человеку страдания, значит, Он еще помнит о нем, желает ему покаяния и исправления. Давайте вспомним себя в состоянии болезни: уходит суэта житейская и приходит понимание произошедшего, время как бы прокручивается назад; мы вспоминаем, кого обидели, кому не помогли, кого забыли. Однако возможен другой вариант развития событий: когда человек не понимает, что страдания от Бога, он озлобляется, раздражается, впадает в депрессию. Озлобленный, страдающий человек даже может дойти до отрицания Бога (а это прямой путь к самоубийству). Бог любит человека больше, чем «эвтаназисты», которые пытаются вмешаться в действие Промысла Божия о человеке. Священники не раз были свидетелями того, как после исповеди и причастия смертельно больные люди вставали на ноги.

Современному человеку зачастую трудно осознать смысл своей жизни, смысл мук, поскольку массовая культура учит наслаждаться жизнью, брать от нее все. Идея спасения души его не воодушевляет, он не видит своего креста и не берет его. Христианство же говорит нам о том, что жизнь человека имеет смысл и цель. Церковь постоянно напоминает нам о том, что эвтаназия — это эвфемизм убийства и самоубийства, Святейший Патриарх Алексий II неоднократно говорил об этом в своих выступлениях как о проявлении сатанизма. Эта позиция закреплена в «Основах социальной концепции РПЦ».

Итак, проблема эвтаназии вовсе не медицинская проблема, а скорее нравственная. Задача каждого человека — не поддаваться влиянию западного гедонизма и, оставаясь в рамках русской традиции, определить свое отношение к проблеме эвтаназии.

Ольга Мулина

От редакции. Проблема эвтаназии неоднократно поднималась на страницах газеты, журнала «Клиническая геронтология». Не все религии однозначно отрицают эвтаназию, буддизм, например, не столь категоричен, как магометанство или иудаизм. Но наша русская культура, замешанная на трех «великих» религиях, все-таки однозначно отрицательно относится к вопросу активной эвтаназии. С пассивной эвтаназией — вопрос более сложный, и тут известны многочисленные примеры, когда врачи принимают такое решение. Оно — решение о выключении аппарата жизнеобеспечения — всегда дается нелегко, так как противоречит нравственным ориентирам, вместе с тем, «врач подобен Богу»...

ИнтерНьюс

Хорошая привычка чистить зубы

Привычка ухаживать за своими зубами, заложенная в раннем детстве, сохраняет их здоровыми на многие годы вперед, сделала вывод А. Альм из Гетеборгской медицинской академии Сальгренска. Она наблюдала за 500 детьми в возрасте с года до 15 лет. Риск оказаться с дыркой в зубах в 15 лет в 5 раз выше у тех детей, зубы которых уже оказались пораженными кариесом в трехлетнем возрасте. Шведские стоматологи начинают свои первые беседы с родителями о гигиене полости рта их малышей, когда ребенку исполнился год. Дети родителей, которые не привели их на первый осмотр зубов, в среднем были поражены кариесом в свои 15 лет более, чем в 2 раза, чем те их сверстники, родители которых пришли на осмотр и беседу со стоматологом. Другим немаловажным фактором для сохранения здоровья зубов является еда: дети, которым давали конфеты более 1 раза в неделю или дети, которые более 3 раз в день пили лимонад, морс, ели печенья или мороженое, в подростковом возрасте чаще страдали кариесом, чем те дети, которые ели сладости намного реже. Рано привитая привычка чистить зубы 2 раза в день и пользоваться зубной пастой со фтором помогают сохранить зубы здоровыми на многие годы вперед.

Источник: РИА «Новости»

Чистка зубов увеличивает риск болезней сердца

П. Локхарт (P. Lockhart), из медицинского центра Каролины (Северная Каролина, США) обследовал 290 пациентов, которые прошли либо обычную чистку зубов, либо — удаление зуба с предварительным введением антибиотика и удаление зуба с приемом плацебо. У всех исследовали количество бактерий в крови до, во время и после процедуры. Исследователи чаще обнаруживали бактерии в крови у тех, кому удалили зубы. Однако число бактерий в крови и у тех, кто просто чистил зубы, оказался значительно выше ожидаемого. Бактерии, возбудители эндокардита были обнаружены у 23% тех, кто чистил зубы, у 33% тех, у кого был удален зуб и принимал антибиотики, и 60% у тех, у кого удалили зуб с приемом плацебо. Бактерии попадают в кровь сотни раз в год, не только при чистке зубов, но и во время жевания пищи. Вместе с тем, для людей, которые не входят в группу риска таких инфекций, как инфекционный эндокардит, кратковременное попадание бактерий в кровь не должно беспокоить. В группе риска, по стандартам Американской кардиологической ассоциации входят те, кто уже переносил это заболевание, те, кто подвергался протезированию клапана или другим кардиологическим операциям. Но прекращение ухода за полостью рта может быть значительно более опасным для здоровья: болезни десен и кариес ведут к хроническим и острым инфекциям.

Источник: РИА «Новости»

Не все беговые дорожки одинаковы!

Чем ближе бегун находится к судье, который дает сигнал из стартового пистолета, тем раньше он начинает бежать. Канадские ученые под руководством Д. Коллинза (Dave Collins) из Университета Альберты в Эдмонте изучили видеозаписи забегов на короткие дистанции на Олимпийских играх 2004 г. Чтобы подтвердить эти данные, ученые провели ряд экспериментов, в которых приняли участие 4 спортсмена и 12 людей со средней физической подготовкой. Добровольцы стартовали со специальной подложки, которая измеряла силу, с которой они давили на нее при старте, а пистолет имел регулируемый громкость выстрела от 80 до 120 децибел. По итогам эксперимента была составлена зависимость скорости реакции и силы движения от громкости звука. Она оказалась такой же, как и у спортсменов на Олимпиаде. Ранее было показано, что громкий звук способствует уменьшению времени реакции и увеличению силы движения. Результаты ученых показали, что в случае, если звук вызывает испуг или стресс, время реакции уменьшается еще сильнее. Авторы работы считают, что их результаты могут иметь практическое значение не только для спорта, но и для медицины. В частности, громкий звук можно использовать для лечения больных паркинсонизмом. Для них характерен так называемый синдром замораживания, когда больной хочет двинуться, но не может. Уменьшение времени реакции, связанное с громким звуком, помогло бы преодолеть «мозговой тормоз».

Источник: lenta.ru

ОБЩИЙ АНАЛИЗ

от П. Воробьева

ТО, О ЧЕМ ПРЕДУПРЕЖДАЛИ GERONТОЛОГИ, СЛУЧИЛОСЬ

Несмотря на победные реляции о колоссальном повышении рождаемости россиян в стране, началась катастрофическая депопуляция: с 2008 г. сокращается число граждан в работоспособном возрасте. Геронтологи последние 15 лет все время говорили одно и то же: скоро в России некому будет работать. Мало того, что мы едва ли не самая быстро стареющая нация в мире, так у нас крайне высок возраст выхода на пенсию. Иными словами — мы своими руками, бездействием создаем сразу 2 проблемы: искусственно уменьшаем число работающих и одновременно уменьшаем размер пенсии, назначаемой по старости. И то и другое настолько очевидные вещи, что создается впечатление о полной атрофии думающего вещества у политиков разного ранга.

Вот несколько цифр. Москва к 2012 г. более чем на 25% будет состоять из пенсионеров, трудоспособного населения станет в столице меньше на 400 тысяч, а на производстве — на 200 тысяч. Это официальные данные, озвученные на заседании правительства Москвы в мае 2008 г. В целом по стране, по оценкам аналитиков, за ближайшие 4 года число трудоспособных лиц сократится на 15 миллионов человек. И никакая миграция не покроет дефицит!

Более того, мигранты — люди низкой квалификации, не имеющие в основном специального образования. На пенсию же выгоняют сегодня тех, кто получил приличное образование еще в СССР, имеет огромный опыт работы. То есть мало нам депопуляции количественной, она еще носит и резко выраженный качественный характер.

Обычно лица, принимающие решения, говорят о том, что у нас люди живут мало, жизнь короче, чем в развитых странах, а мужчины вымирают в относительно молодом возрасте, не дотягивая до пенсии. Порой создается впечатление, что главной задачей для народа становится «дожить до пенсии», а потом — трава не расти. Чтобы исполнить эту вековую мечту народа, и поддерживается законодательно идея раннего пенсионного возраста. Но политики лгут народу — сверхсмертность в стране во многом обусловлена именно мигрантами, а не гражданами страны, и в первую очередь это касается молодых мужчин. Именно там — сверхсмертность и именно там — самая большая прослойка приезжих (20—40 миллионов человек по разным оценкам). Именно в этой группе высочайший уровень производственного травматизма, пьянства, поножовщины и смертей от паленой водки. Так что этот довод против переноса пенсионного возраста в лучшем случае — политическое лукавство, популизм. Инструкции по вычлениению умерших неграждан из общей статистики около года назад появились, но, насколько нам известно, не исполняются.

Так и будем жить, товарищи, умерщвляя своих стариков социальной ненужностью, резким падением уровня жизни, нищенской пенсией, отсутствием лекарств? А работать будет дядя...

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

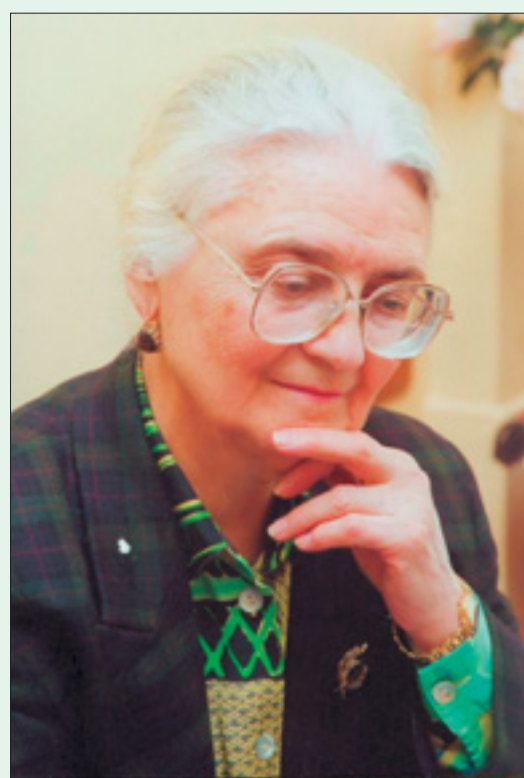
Дата	Тема
19 февраля	Современные схемы антибактериальной терапии. Трудности и ошибки.
4 марта	«Желудочно-легочная болезнь»
8 апреля	Туберкулез
30 сентября	Герпетические инфекции
28 октября	Бронхиальная астма. Рано успокаиваться
2 декабря	Инфекции верхних и нижних отделов дыхательного тракта. Антибиотики: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



6 июля отметила 85-летний юбилей выдающийся врач-ученый-ревматолог Валентина Александровна Насонова. Валентина Александровна проработала в здравоохранении более 60 лет, в том числе 30 лет — директором Института ревматологии РАМН, который превратился под ее руководством в крупнейший центр российской медицинской науки. Являясь великолепным клиницистом, истинным представителем российской терапевтической школы, Валентина Александровна олицетворяет собой пример бескорыстного служения и безотказной помощи больному. Ее благодарны тысячи пациентов, которым она помогла своими знаниями, опытом и талантом врача. Работы Валентины Александровны являются настольными книгами для врачей всей страны, на которых учатся и вырастают новые поколения ревматологов. Сотни ревматологов нашей страны состоялись в профессии благодаря ей, она привила любовь и интерес к ревматологии и научила не только помогать, но и сострадать больным. И в 85 Валентина Александровна остается бесценным лидером отечественной ревматологии.

Редакция «Московского доктора» сердечно поздравляет Валентину Александровну Насонову с юбилеем и желает крепкого здоровья и творческого долголетия!

Медицинские книги издательства «НЬЮДИАМЕД»

- PROТОКОЛ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ. БОЛЕЗНЬ ПАРКИНСОНА** 2006 г., 184 стр., м.о.
- ТОЛКОВЫЙ АНГЛО-РУССКИЙ СЛОВАРЬ терминов, используемых в гематологии и иммунологии** 2006 г., 154 с., м.о.
- П.А. Воробьев ДИХОРАДКА БЕЗ ДИАГНОЗА** 2008 г., 80 стр., м.о.
- Пол ред. Воробьева П.А. СПРАВОЧНИК ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ФОРМУЛЯРНОГО КОМИТЕТА** 3 издание 2007 г., 668 с., тв. п.
- Пол ред. Воробьева П.А. СПРАВОЧНИК ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ФОРМУЛЯРНОГО КОМИТЕТА** 3 издание 2007 г., CD
- Андреев Ю.Н. МНОГОЛЕТНЯЯ ГЕМОФИЛИЯ** 2006 г., 232 с., тв. п.
- Пол ред. Воробьева А.И. ОЧЕРКИ ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ ТРАНСФУЗИОЛОГИИ** 2006 г., 632 с., тв. п.
- Горюхова С.Г. СУТОЧНОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ. ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ** 2006 г., 51 с., м.о.
- Гогин Е.Е., Гогин Г.Е. ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ И АССОЦИИРОВАННЫЕ БОЛЕЗНИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ: основы патогенеза, диагностика и выбор лечения** 2006 г., 254 с., тв.п.
- Пол ред. Воробьева П.А. GERИATPИЯ В ЛЕКЦИЯХ** том 1, 2002 г., 440 с., тв.п. том 2, 2005 г., 470 с., тв. п.
- PROТОКОЛ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ «ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ»** 2005 г., 76 с., м. о.
- Пол ред. А.И. Воробьева РУКОВОДСТВО ПО ГЕМАТОЛОГИИ** 4-е изд., 1-3 тт (с приложениями) 2007 г., 1275 с. е.кн., тв. п.
- Пол 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.
- Пол 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 GERИATPИИ** 2004 г., 136 с., тв. п.
- СТАНДАРТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ** 2004-2006 г. CD.
- НОМЕНКЛАТУРА РАБОТ И УСЛУГ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ** 2004 г. CD.
- PROТОКОЛ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ. ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГочНОЙ АРТЕРИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИХ И ДРУГИХ ИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ** 2004 г., 64 с., м. о.
- П.А. Губкина-Рыбкина 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.
- Пол ред. П.А. Воробьева ЛАБОРАТОРНАЯ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА. СПУТНИК ИНТЕРНИСТА** 2001 г., 288 с., тв. п., м.о.
- Б.В. Петровский GERИATPИЯ, ДРАМАТИЗМ И ОПТИМИЗМ МЕДИЦИНЫ** 2001 г., 200 с., тв. п.
- Пол ред. А.И. Воробьева, А.М.Кривошеиной АТЛАС. ОПУХОЛИ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ** 2007 г., 294 с. е.кн., тв. п.
- Пол ред. Л.М. Горюховского ИЗБРАННЫЕ ГЛАВЫ GERИATPИЧЕСКОЙ УРОЛОГИИ** 2000 г., 362 с., тв. п.
- Б.П. Богачев 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.

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., Бурцев В.И., Васильева Е.Ю., Галкин В.А., Глезер М.Г., Гогин Е.Е., Голиков А.П., Губкина Д.И., Гусева Н.Г., Дворецкий Л.И., Емельяненко В.М., Зайратьянц О.В., Заславская Р.М., Иванов Г.Т., Ивашкин В.Т., Кактурский Л.В., Калинин А.В., Калыев А.В., Ключев В.М., Комаров Ф.И., Лазебник Л.Б., Лысенко Л.В., Маколкин В.И., Мартынов И.В., Михайлов А.А., Моисеев В.С., Мухин Н.А., Насонов Е.Л., Насонова В.А., Нонинов В.Е., Палеев Н.Р., Пальцев М.А., Парфенов В.А., Погожева А.В., Покровский А.В., Покровский В.И., Потехин Н.П., Раков А.Л., Савенков М.П., Савченко В.Г., Сандриков В.А., Симоненко В.Б., Синопальников А.И., Смоленский В.С., Сыркин А.Л., Тюрин В.П., Хазанов А.И., Цурко В.В., Чазов Е.И., Чучалин А.Г., Шпектор А.В., Ющук Н.Д., Яковлев В.Б.

Газета распространяется среди членов Московского городского научного общества терапевтов бесплатно

Адрес: Москва, 115446, Коломенский пр., 4, а/я 2, МТП НьюДиамед

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