



## ПРЯМАЯ РЕЧЬ

Я родом из очень бедной семьи. Вначале мы жили в Витебске, потом переехали в Подмоскowie. Семьдесят с лишним лет прошло, а я помню, что мы приехали в подмосковную деревню, сняли домик у зажиточного крестьянина, у которого было замечательное хозяйство, скотина, а потом его раскулачили, дом забрали, хозяйство разорили, его самого посадили. Нас в семье было четверо детей. Отец был рядовым бухгалтером. Нищета была такая, что страшно вспомнить. Я в 9 или 10 классе устроился подрабатывать в какое-то учреждение, занимающееся изучением сопротивления материалов, помню, что я туда пошел, а у меня один ботинок существовал отдельно от подошвы, я его к ней веревкой привязывал. Но, несмотря на такую бедность, все дети получили образование, и никогда не шло речи о том, чтоб бросить школу, потом институт для того, чтоб пойти работать.

Учился я в школе неважно — мне было неинтересно, я предпочитал детективы читать. Несмотря ни на что, в 1938 году я закончил 10 классов. Долго с моим приятелем думали, куда поступать. Решили, что пойдём в Энергетический институт, до этого обсуждалась Сельскохозяйственная академия, а о медицине даже речь не шла. Мы оба с ним поступили, хотя учился не блестяще, а конкурс в институт был большой, даже не знаю, как нам это удалось. Год я проучился — страшнейшая скукота: сплошная теория, никаких перспектив практического применения этих знаний.

Я одумался и перешел в 1-й Московский медицинский институт. Первые годы было безумно скучно — засыпал я от монотонности лекций. А практические занятия давались легко, причем любые. Когда я заканчивал первый курс, от рака умерла моя мама. Вот тогда у меня появилась мотивация к учебе. Возникло наивное желание победить смерть. Когда я заканчивал третий курс, началась война, мальчишки всего курса по собственному желанию перешли на военный факультет, он был при 2-м медицинском институте. Нас отправили доучиваться в эвакуацию в Омск. В итоге я проучился 4,5 года и нас отправили врачами в армию.

Я попал врачом танкового батальона на Дальний Восток, затем старшим врачом пехотного полка. Вначале я был просто общевойсковым врачом, а потом, перейдя в госпиталь, стал осваивать хирургию. У меня был удивительный учитель — Козловский Антон Иванович. Он научил меня всякой хирургии, в том числе и в акушерстве и гинекологии. Он был человеком широкой натуры, умел оперировать абсолютно все. Кроме того, меня отправляли в Свердловск в большую госпиталь на повышение квалификации на 3 месяца. Поэтому когда я стал работать в Москве в 62 больнице, для меня расширенная экстирпация матки не была проблемой.

Потом со мной приключился аппендицит с тяжелым перитонитом, долго болел, после чего демобилизовался. Предложили мне место хирурга и главного врача Гольшмановского района Тюменской области. Вначале в больнице были одни стены и врачей-то, кроме меня, не было: и акушерством с гинекологией занимался, и ЛОР-болезнями, даже глазные операции делал, что нужно было, то и лечил. Долю сельского врача, тем более в послевоенную пору, трудно назвать завидной. Чтобы прокормить семью (к тому времени родились двое детей), я вынужден был обзавестись домашним хозяйством, научившись доить корову, косить.

Но, как ни странно, об этих годах я и поныне вспоминаю как о самых счастливых. Как и к любому сельскому врачу, днем и ночью в больницу и прямо домой шли со своими бедами люди. Всякое бывало, и аппендэктомии ночью при свете фар грузовика приходилось делать. В те годы во время посевной дети работали прицепщиками, сидя на тракторном плуге и регулируя глубину пахоты. От однообразной работы, монотонного гудения мотора дети нередко засыпали и оказывались под страшными лемехами плуга. Тогда я без отрыва от своей работы пошел учиться на комбайнера и вскоре изобрел приспособление для автоматической регулировки глубины пахоты. По моим чертежам сделали образец. Из отзыва технической комиссии: «Приспособление увеличивает производительность агрегата и уменьшает травматизм прицепщика».

Так прошло десять лет. И я уже увлекся другим. Несмотря на загруженность, я все время помнил о том, что побудило меня стать врачом. И, мечтая заниматься экспериментальной онкологией, я стал работать над теорией этиологии и патогенеза злокачественных опухолей. В 1958 г. я отослал свой труд в Тюменский облздравотдел, откуда письмо переправили директору Московского онкологического научно-исследовательского института им. П.А. Герцена профессору А. Новикову. Вскоре пришел ответ: «Работа может представлять некоторый теоретический и практический интерес». Это было весомым аргументом для облздравотдела, что-

## Главное исследование моей жизни

Профессор Семен Семенович Фейгельман



бы отпустить меня в столицу, а отпустить меня местное начальство ой как не хотело.

Путь к науке был наконец открыт. На дворе стоял 1958 год. В Москве в это время проходил конкурс в первую крупную онкологическую клинику — 62 больницу, она только создавалась. Меня приняли, со временем организовал там отделение хирургической онкогинекологии. После войны онкологическая служба начала создаваться в стране, но, конечно, темпы были не быстрыми. Но СССР должен был продемонстрировать себя как процветающую во всех смыслах, сильную страну. Было принято решение в 1962 году проводить именно в Москве Международный онкологический кон-

гресс. А где проводить-то? И вот в конце 50-х годов на базе роскошного оздоровительного министерского комплекса был создан стационар для онкологических больных. На 36 гектарах территории в густом лесу построен жилой городок медиков, вместительный склад, гараж. Кроме хирургических, лучевых и химиотерапевтических отделений было организовано первое в России отделение реабилитации излеченных больных. И в 1962 году участникам Международного онкологического конгресса необычную больницу демонстрировали как образцовое специализированное учреждение мирового уровня.

Больничный комплекс расположен в живописном западном Подмоскowie (Красногорский район). Это туристская достопримечательность. Недалеко от всемирно знаменитого дворцового комплекса «Архангельское» расположено село Степановское. С древних времен оно поставляло продукты к царскому столу, принадлежало Патриарху Московскому, затем князю Долгорукову, а перед 1917 г. известному роду Бекетовых. Петр Петрович Бекетов, образованнейший вельможа, хранитель царской печати, известен как один из первых обустроителей улицы «Кузнецкий мост» в Москве, владелец лучшей московской типографии 18 века и первой книжной лавки. Вместе с московской ветвью князей Голицыных он участвовал в строительстве первых больничных комплексов в Москве. Перестроенный усадебный комплекс Бекетовых полностью вошел в состав новой онкологической больницы. Вначале больница была клинической базой онкологического научного центра, затем и НИИ им. П.А. Герцена.

Однако заниматься лишь оперативной деятельностью мне было скучно — она не выясняла сути заболевания. И я обратился в Институт экспериментальной биологии АМН СССР. Предложенной темой исследования заинтересовались, и после работы я стал ездить туда ставить эксперименты по повышению чувствительности опухолевых клеток к действию фармакологических препаратов (после работы 30 км туда, а потом обратно). Обработывая злокачественные новообразования протеолитическими ферментами, я получил положительные результаты. Работа вылилась в кандидатскую диссертацию, а после ее защиты из многих стран мира (Германия, Франция, Канада и др.) пришли запросы выслать копию научного труда. Любопытно, что сегодня за рубежом энзимотерапию рассматривают как

действенную часть профилактики и лечения многих злокачественных новообразований. Я был одним из первых, кто начал изучать роль протеолитических ферментов в онкологии. Конечно, вначале на животных. Для проверки экспериментальных результатов нужны были клинические испытания, и я перешел на работу в ЦНИИ травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова в надежде, что смогу в отделении костной патологии, где лежали больные со злокачественными опухолями костей конечностей, проводить регионарную перфузию протеолитическими ферментами перед химиотерапией. Но вместо этого пришлось заниматься экспериментами по пересадке конечностей. Работа была чисто технической, к тому же безнадежной, поскольку применяемые тогда препараты, вызывающие иммуносупрессию, очень плохо действовали на четвероногих.

Тогда я обратил внимание на соседнюю лабораторию консервации органов и тканей. В те годы считали, что пересаживать можно только живые ткани. Для этого у умершего пациента брали в первые часы кожу и консервировали в морозильных контейнерах при температуре  $-70^{\circ}\text{C}$ . То же делали и с костью. Но оказалось, что уже на 3–4-е сутки законсервированные замороженные клетки погибли (хотя ученые долго принимали эту смерть за анабиоз), а через 6–8 дней после пересадки трансплантат отторгался. Кроме того, почти в 100% случаев на пересадочном материале, взятом стерильно, появлялись микробы. Я предположил, а позже доказал, что для пересадки не годится ни замороженная кожа, ни только что взятая у здорового Иванова для пациента Петрова: и в том и в другом случае ткань быстро отторгалась — приживалась лишь собственная. Но важнее была мысль о необходимости фиксировать в клетке трансплантационные антигены, вызывающие реакцию несовместимости. Как известно, анатомические препараты годами сохраняются без изменения в формалине. И я предложил помещать кожу в слабый раствор формалина с глицерином: при пересадке консервированная подобным образом ткань отторгалась значительно позже, поскольку была не только стерильной, но и обладала противомикробными свойствами. Так был разработан принципиально новый метод консервации статических тканей, в 1972 г. защищена докторская диссертация.

Идея показала интересной военным: ведь теперь можно было положить кожу в пакет с раствором и использовать на случай ожогов и ранений. Мне предложили также разработать препарат для экстремальных ситуаций, когда хирургу некогда обрабатывать рану, — чтобы насыпать туда консервирующее средство, остановить воспаление и отправить больного в тыл. Для опытов мне выделили подвал, старую центрифугу, полставки лаборантки и... много животных. Я знал, что воспаление вызывают микробы и их надо уничтожать. Однако в ходе исследований пришел в противоречие — страшно произнести! — с самим Гиппократом и нобелевским лауреатом И. Мечниковым.

Так началось главное исследование моей жизни — объяснение сущности воспаления. В одном из номеров «Московского доктора» я уже рассказывал подробно про суть моей теории. Это удивительно, но из теоретических знаний, полученных в институте, мне больше всего дал диалектический материализм. Я когда прочитал «Диалектику природы» Энгельса, то был поражен. Это гений, он позволяет широко думать, широко видеть частность и увидеть частное встроенным в общее. Понимание единства противоположностей позволяет видеть и понимать, что и как происходит. Если это всегда так, то это целесообразно, просто нужно эту целесообразность понять. В биологии вообще случайностей нет. Природа миллионы лет отбирала то, что нужно, и следует пытаться понять, зачем каждый процесс нужен. Кто-то из сельскохозяйственных ученых точно подметил: мы просто не знаем полезных свойств сорняков, мы просто не разобрались, зачем они нужны. Также и с болезнями. Более 30 лет посвятил я изучению воспаления.

После выхода на пенсию снова вернулся в хирургию, но уж в участковую больницу, снова в подмосковное Петрово-Дальнее. Я очень надеюсь, что физиологическая теория воспаления будет признана и это только вопрос времени. Мне только очень хочется, чтобы эта важная для медицины теория осталась приоритетом России, и на это не уйдут еще десятилетия и не погибнут тысячи больных, которых можно спасти.

Беседовала А. Власова



## ИнтерНьюс

### Климат ЭКО не помеха

Жительница Индии родила близнецов — мальчика и девочку — в возрасте 70 лет, став старейшей матерью в мире. Таким образом, в семье женщины и ее 77-летнего супруга появился долгожданный наследник. Омкари Панвар и ее супруг, имеющие двоих взрослых дочерей и пятерых внуков, мечтали о мальчике и наследнике. Чтобы оплатить процедуру ЭКО стоимостью 8100 долларов, супруги заложили участок земли, продали буйволов, потратили все свои сбережения и взяли ссуду в банке. Близнецы появились на свет путем кесарева сечения на месяц раньше срока. По словам врачей, дети, каждый из которых весил немногим более килограмма, помещены в инкубатор. Несмотря на сильную недоношенность, мальчик и девочка здоровы и, вероятно, выживут, считают индийские специалисты. Предположительно, 70-летняя индианка Омкари Панвар является старейшей матерью в мире. Однако рекорд не может быть официально зарегистрирован — у женщины нет свидетельства о рождении и других документов, подтверждающих ее возраст. Панвар не знает точной даты своего рождения, однако утверждает, что в 1947 году, когда Индия получила независимость, ей исполнилось девять лет. В настоящее время, согласно Книге рекордов Гиннеса, звание «старейшей матери в мире» принадлежит румынке Адриане Илиеску, которая стала матерью в 2005 году, родив дочь в 66-летнем возрасте.

Источник: Daily Mail

Опубликованы стандарты медицинской помощи, рекомендованные к использованию руководителям федеральных специализированных медицинских учреждений при оказании дорогостоящей (высокотехнологичной) медицинской помощи больным со злокачественным новообразованием дна полости рта; больным со злокачественным новообразованием нижней части глотки; больным со злокачественным новообразованием неба; больным со злокачественным новообразованием вилочковой железы, средостения неуточненной части; больным со злокачественным новообразованием трахеи; больным со злокачественным новообразованием костей, суставов и суставных хрящей конечностей, других и неуточненных локализаций; больным со злокачественным новообразованием влагалища; больным со злокачественным новообразованием плевры; больным со злокачественным новообразованием щитовидной железы.

Источник: Проблемы стандартизации в здравоохранении, 2008 № 4

### Не теряйте время зря

Каждая клетка содержит часы, отсчитывающие количество оставшихся ей делений, — теломеры, концевые участки хромосом, укорачивающиеся во время каждого деления. Укорочение теломер характерно для различных заболеваний человека, в том числе ВИЧ, остеопороза, заболеваний сердца, и является одной из причин старения организма. Содержащийся в определенных типах клеток (например, в некоторых клетках иммунной системы) фермент теломераза восстанавливает длину теломер, чем продлевает жизненный цикл клетки и увеличивает количество отпущенных ей делений. Ученые университета Калифорнии (Лос-Анжелес), работающие под руководством профессора Р. Эффрос, установили, что кортизол подавляет способность иммунных клеток активировать теломеразу. Это объясняет тот факт, что для клеток людей, испытывающих хронический стресс, характерна аномально короткая длина теломер. Полученные результаты объясняют, каким образом стресс повышает предрасположенность людей к различным заболеваниям. Они также указывают на потенциальную мишень для препаратов, предотвращающих истощение иммунной системы людей, в течение длительного времени находящихся в стрессовых условиях, а также для тех, чья профессия неразрывно связана с состоянием стресса. По словам Эффрос, в условиях стресса организм увеличивает продукцию кортизола, опосредующего реакцию «борьба/бегство». Сохранение высокого уровня гормона в крови в течение длительного времени истощает иммунную систему. В настоящее время авторы тестируют терапевтические подходы к повышению уровня теломеразы с целью снижения влияния кортизола на иммунные клетки.

Источник: www.vechnayamolodost.ru по материалам ScienceDaily

## ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ СЕКЦИИ «ЧЕЛОВЕК И ИНФЕКЦИЯ» МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ от 02.10.2007 г.

**Сопредседатель секции:** Заместитель главного терапевта ГУЗ УДП д. м. н., проф. В.Е. Ноников; Заместитель главного инфекциониста ГУЗ УДП член-корр. РАМН, проф. Б.П. Богомолов

**Постоянный оппонент:** проф. П.А. Воробьев

**Секретарь:** И.В. Тюрина

**Повестка дня:** «Недержание мочи и мочеполая инфекция».

**1. Профессор Винаров А.З.** (Кафедра урологии ММА им. И.М. Сеченова)

В начале лекции несколько слайдов было посвящено клиническим формам недержания мочи. Отмечено, что большая часть непроизвольного мочеиспускания имеет стрессовый характер, другая группа — ургентный (императивный). Принципиальная разница между ними заключается в том, что при стрессовом мочеиспускании необходима пластика, создающая опору для мочевого пузыря, а если при ургентных мочеиспусканиях усилить замыкательный механизм, то ухудшение мочеиспускания будет только усиливаться. Существует еще смешанная форма, которую необходимо дифференцировать, в том числе и с помощью уродинамического исследования. При лечении таких форм сначала назначают М-холинолитики, а при неэффективности применяют оперативное вмешательство. Подробно обсуждены клинические симптомы двух групп, на основании которых достаточно легко можно поставить и дифференцировать диагноз. Далее была рассмотрена классификация инфекции мочевых путей. Между инфекцией мочевых путей и недержанием мочи прямой связи нет, воспалительный процесс связан с нарушением гигиены, различными дефектами половых органов и др. Обсуждена осложненная инфекция мочевых путей, а именно острая и хроническая инфекция, связанная со структурными или функциональными нарушениями.

Далее было приведено понятие неосложненной инфекции мочевых путей, указана частота ее развития по возрастному и половому признаку. Любой инфекционный процесс — борьба гостя (микроба) с хозяином (человеком). В связи с этим рассмотрена концепция вирулентности микроорганизмов (патогенез инфекции мочевых путей). Один из важных факторов вирулентности уропатогенных штаммов — способность к адгезии. Escherichia coli способны образовывать биофильмы, препятствующие адекватному антимикробному воздействию антибиотиков. Представлены несколько международных исследований и их результаты, первое из которых — ECO-SENS Project. Участвовали 252 клиники 16 стран Европы и Канада. Обследовано 4334 женщины с неосложненной инфекцией мочевых путей. Escherichia coli обнаружена у 77,7% пациенток. Примерно такие же данные были получены в России в результате многоцентрового исследования под руководством Л. Страчунского и В. Рафальского — 80%. В урологической клинике ММА им. И.М. Сеченова этот показатель составил 79%. Исследование ARESC 2003—2006 г. проводилось в 10 странах. Выделено 3254 микробных патогена, представлена этиология по странам, статистика выделения штаммов Escherichia coli (2484). Дано понятие микробного спектра при неосложненной инфекции мочевых путей и представлено процентное содержание различных микробов с высокой резистентностью к анти-

## ПРОТОКОЛЫ МГНОТ

биотикам. Далее были охарактеризованы такие заболевания, как острый неосложненный цистит и пиелонефрит. Представлены современные аспекты лечения неосложненных инфекций мочевых путей. В последнее время отмечена возрастающая распространенность штаммов Escherichia coli, устойчивых к широко используемым антибактериальным препаратам, например, к таким, как фторхинолоны. Затронуты вопросы резистентности микроорганизмов и эмпирическая терапия в вышеуказанных исследованиях. Отмечена высокая эффективность фосфомицина, мециллина и нитрофурантоина.

Далее рассмотрены задачи лечения острого неосложненного цистита, которые должны быть адекватно реализованы с помощью курса антибиотикотерапии, и представлено сравнение различных групп лекарственных препаратов и конкретных лекарственных средств. Показана схема лечения острого неосложненного цистита и пиелонефрита, используемые в настоящее время, и продолжительность антибактериальной терапии при различных видах инфекции мочевыводящих путей. Особое внимание слушателей было уделено мочевой инфекции у беременных.

### Вопросы к докладчику:

**Вопрос:** Как часто Вы применяете амоксициклав?

**Ответ:** Мы его применяем, но все-таки чаще мы применяем фторхинолоны.

**Вопрос:** Применяется ли антибиотикотерапия с профилактической целью при аденоме предстательной железы?

**Ответ:** Идея назначать антибиотикотерапию в целях профилактики пиелонефрита при аденоме предстательной железы — нецелесообразна. А вот с целью профилактики рецидивирующей инфекции — да. Существуют методики



длительного назначения антибиотиков — сульфаниламидов, моноурала и других. Это поддерживающие дозы в течение длительного времени. Сульфаниламиды — 30—40 миллиграмм в течение полуночи, моноурал для профилактики хронических циститов — 3 грамма в 10—12 дней, но это для профилактики рецидивов. А при простатите, аденоме я такого не знаю.

**Комментарий Воробьева П.А.** Приятно видеть европейские урологические рекомендации, но почему нет российского стандарта, это понять невозможно.

**Комментарий Богомолова Б.П.** В ряде лихорадок инфекции мочевых путей занимают 2 место. И это большая проблема, которая заключается в том, что все, о чем сегодня говорили — очаговая инфекция с локализацией в почках и мочевых путях. Важна диагностика очагового воспалительного процесса. Поражение со стороны мочевых путей является частным проявлением общего заболевания.

В заключение Богомолов Б.П. поблагодарил докладчика за интересный и актуальный доклад. После чего была проведена лотерея, призом которой стали 3 флэш-карты.



**З.С. Баркаган, А.П. Момот**

### ДИАГНОСТИКА И КОНТРОЛИРУЕМАЯ ТЕРАПИЯ НАРУШЕНИЙ ГЕМОСТАЗА

Издание 3-е

Издательство Ньюдиамед

2008 г.

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

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

Заявки на приобретение можно направлять по адресу:

115446, Москва, Коломенский пр., д. 4, а/я 2, ООО «МТП НЬЮДИАМЕД»

Тел/факс (499) 782-31-09

E-mail: mtpndm@dol.ru

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



Многие слышали эту историю, кто-то услышит впервые. На нашем сайте появилась перепечатка из газеты, приведу некоторые выдержки, чтобы была понятна дальнейшая дискуссия. Как обычно, убираю фамилии и имена-отчества, сокращаю текст. Но. На это раз вопрос сложный, так как стиль дискуссии оказался далеко не «парламентским», а высказанные мысли заставляют задуматься. При обмене мнениями (это ровно 100 ответов и вопросов, посетителей более 7000 человек) возникли три направления — собственно проблема с больницей, этические моменты и проблемы кардиологии. Последние обсуждались не раз на страницах газеты, поэтому позволю себе их опустить, в основном. Аргументация оппонентов сама по себе интересна, постараюсь сделать понятным, на что так обижаются пишущие. Все мои комментарии — курсивом, публикации — в кавычках.

Л. «В Т. местные чиновники могут уничтожить уникальный медцентр. В пятницу, 29 февраля, руководитель Минздрава Т. Голикова направила приветствие Т. больнице в связи с открытием там межрайонного кардиологического центра. А уже 3 марта глава администрации муниципального района «Т» Ю.Н. уволил главного врача этой больницы... этому центру позавидуют даже многие московские клиники. Здесь установлена самая современная медицинская техника, приобретенная за рубежом. Он обошелся в 4 млн руб., причем ни копейки не стоил районной администрации. Все деньги — это средства спонсоров, которые привлек местный кардиолог, учредитель Общества помощи Т. М.О...»

Голикова... отметила, что центр — «это свидетельство пробуждающейся в нашем обществе гражданской инициативы и растущего интереса к проблемам малых городов». Что же не понравилось главе администрации Ю.Н., почему он уволил главного врача больницы И.О.? Оказывается..., приняв больницу в 2002 г. в бедственном состоянии, она сумела ее преобразить. По словам Голиковой, здесь «внедрены новейшие методы диагностики и лечения, а показателями работы больницы могут позавидовать многие федеральные клиники». Смертность при инфаркте всего за 2 года снизилась с 35% до 6%. Формальные причины увольнения... выглядят странно. ...Районный суд Т. еще 08.02 приостановил деятельность больницы... из-за того, что противопожарная система не соответствует определенным требованиям... Но 22.02 областной суд отменил это решение и направил дело на новое рассмотрение...

тел, — это внесистемное решение, способное ухудшить здравоохранение в районе, а не улучшить. Кто-то и на какие-то деньги должен ведь еще аппендикс удалять и травмы оперировать. Бюджет в муниципалитете маленький, он не может себе позволить содержание «центров». Наша страна развивалась скачками всегда — появлялся активист, делал себе «центр», а потом начинал требовать из бюджета денег. Это — неправильно. Ведь оборудование надо содержать, чинить, покупать расходный материал. Муниципальное образование должно обеспечить хорошую первичную помощь. Легко предположить, что все деньги муниципалитета ухнут в кардиоцентр.

Л. Зря Вы так, П.А., стыдно за Ваш пост на таком форуме. Был объявлен сбор подписей в поддержку врачей Т. больницы.

П.А. Госпожа Л. Не дело решать профессиональные вопросы на страницах СМИ. Все, что прочитал, — пока производит впечатление спама, информационного шума. Утверждают, что снизили внутрибольничную летальность от инфаркта. Я задаю вопрос — как? Что, всех больных стали доставлять в первые 2 часа и проводить им тромболитис? На какие деньги? Тут оборудование не при чем, это вопросы организации. Может быть, и инсульт лечат столь же успешно? Или — бог с ним?

Т. — маленький городок, инфарктов в нем мало, поэтому говорить о реальной статистике не приходится. Кардиологическое отделение — это специализированная медицинская помощь, которая не должна оказываться в муниципальных больницах (так в наших законах записано, не я их выдумывал, но в данном пункте — согласен). Подавляющая часть кардиологической помощи — это амбулаторное лечение, оно снижает частоту так называемых «событий». Это адекватное амбулаторное лечение гипертонии, сахарного диабета, гиперкоагуляции. Что, в Т. с этим порядком?

Все мы дети совка, и подобные всплески энтузиазма вызывают у нас душевный подъем. Не было бы никакого вопроса, если бы речь шла о частной клинике — строй, что хочу и где хочу. Но речь — о муниципальной клинике, которая на балансе у местной администрации, которая платит зарплату и покупает реактивы и лекарства. И ей — администрации — все это расхлебывать, ведь ей не дали дополнительного финансирования из бюджета, эта больница официально не является межрайонным центром.

## Как врачи чиновников замочили

П.А. Воробьев

**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.

Вот, собственно, и вся формальная сторона вопроса. А если по существу? Представьте чиновника, у которого под носом творятся странные, на его взгляд, вещи. К нему не ходят на поклон, не просят резолюцию, а действуют на свой страх и риск. Свобода, понимаешь! Но ведь так у твоих начальников наверху может возникнуть вопрос, а что там местная администрация в Т. делает? Зачем кресло занимает, если без нее медицинские центры строят и западную технику завозят?

— Свобода чиновника раздражает, — говорит М.О. — Он считает территорию своей и не может здесь терпеть людей полностью ему неподконтрольных. Они не могут понять, что я вот так просто, без всякой корысти хочу сделать Т. центром самой современной медицины. Например, говорят, ты используешь Т., куда многие деятели искусства ездят с концертами и выставками, как бренд. Тебе дают миллион, а ты себе часть отстегиваешь. Не хочу даже оправдываться. Если бы могли, давно бы что-нибудь выкопали. Кстати, после предыдущей публикации в вашей газете на нас обрушился вал проверок и местных, и из Москвы. Не к чему придираться. И последнее. Вчера группа врачей Т. больницы, фактически заведующие всех ведущих отделений, направила письмо губернатору области с просьбой разобраться в ситуации».

П.А. Двойственное чувство у меня по поводу этого сообщения. Много вопросов, например, сколько граждан в Т. Это ведь почти деревушка. О каком уникальном оборудовании идет речь. Как удалось снизить смертность от инфаркта, может быть, перестали госпитализировать тяжелых? Как-то много в сообщении журналистских эмоций и нет никаких фактов. Точно можно сказать — кардиологический центр в районе — бред сумасшедшего организатора здравоохранения. То, что кто-то надывал денег и сделал у себя то, что хо-

В нашей замечательной стране больше всего в мире коек на душу населения, больше всего врачей на душу населения, больше всего рентгеновских аппаратов и компьютерных томографов. По данным академии Тернового на 1-го врача-рентгенолога приходится 2! рентгеновских аппарата (сейчас, после реализации нац. проекта, может быть уже и 3). Только помощь больным все эти аппараты и центры не улучшают. Все деньги уходят в свисток и занавески.

Кардиологических больных надо лечить адекватно дома, тогда у них не будет (ну реже, конечно) инфарктов и инсультов. Это обычные таблетки, работа участковых врачей — скучная, ежедневная, настойчивая, но очень эффективная. Никто ее не замечает. А тут — пароход с гудком — центр, понимаешь...

Снятие чиновников — не убеждает, скорее всего, демонстрирует «дружеские» связи с московскими властью держащими товарищами, крышующими новый центр. Грустно. Я не хочу обвинять врачей. Но почему не собирают подписи в поддержку больных — а их миллионы. Да плевать обществу нашему на больных. Пока не раздуют журналисты очередного Сычева или девочку с ампутированной рукой. И — опять тишина. Для Сычева и ему подобных больных с наследственными дефектами гемостаза требуется нормальная диагностика во всей стране, про нее — молчок. А вот начнет какой-нибудь заводила очередной центр бабахать — тут все примутся ему аплодировать. Мне стыдно — за страну, за пишущих статьи «на злобу дня», не желающих думать о больных.

Л. П.А., Вы ошибаетесь, мне повезло и я не «дите совка». Да и о больных я думаю ежедневно. Более того, очень много врачей в нашей стране собирает подписи в поддержку боль-

## ИнтерНьюс

**БАДовтирателя — за решетку!**

Как сообщает GZT.RU, 4 года придется провести в заключении директор аптеки «Авиценна» из г. Горячий Ключ Краснодарского края. На незаконность торговли биологически активной добавкой для похудения «ЛиДа» наркополицейские обратили внимание в 2007 г. Добавка не имела регистрации в России. Директор аптеки торговала снадобьем, невзирая на предписание прекратить незаконную деятельность. Каждая упаковка БАД приносила доход 800 рублей. После очередной проверки директор аптеки заплатила штраф 20 тысяч рублей, но это не остановило продажи. В состав БАД входило сильнодействующее вещество сибутрамин. Обвинение выдвинуто по 2 статьям УК РФ: статье 234 («Незаконный оборот сильнодействующих веществ в целях сбыта») и статье 174 («Легализация (отмывание) денежных средств или иного имущества, приобретенных другими лицами преступным путем»). Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека обращает внимание на то, что основными нарушениями при производстве и обороте БАД являются реализация данных добавок (в том числе в аптеках) без сопроводительных документов — регистрационных удостоверений и удостоверений о качестве и безопасности, а также несоответствие информации на этикетке, согласованной при регистрации, требованиям действующего законодательства.

**Источник:**

[www.vechnayamolodost.ru](http://www.vechnayamolodost.ru)

**Эсэсовцы всегда в цене**

Доктор Ханс-Иоахим Северинг недавно был награжден медалью Медицинской ассоциации Германии. Северинг, которому уже 92 года, получил медаль за «вклад в развитие свободной практики и независимости профессии медика и вклад в национальную систему здравоохранения», говорится в сообщении пресс-службы Федерации медицины Германии. В 1978 г. журнал Der Spiegel опубликовал свидетельство того, что во время работы доктором в клинике для больных туберкулезом в городе Шоэнбрюнне, около Мюнхена, Северинг отправил 14-летнюю девочку в центр эвтаназии, осуществлявший секретную программу нацистов по уничтожению «физически и умственно неполноценных членов общества». Награждение бывшего эсэсовца вызвало резкую критику со стороны Антидиффамационной лиги, представители которой заявили, что Северинг отправил на смерть в центр эвтаназии более 900 детей. Сам Северинг не скрывает свое членство в СС, но отрицает причастность к организации эвтаназии. Федерация медицины Германии отказывается от комментариев о нацистском прошлом Северинга. Северинг возглавлял Ассоциацию врачей Германии. В 1992-м он был назначен председателем Всемирной медицинской ассоциации, однако год спустя ему пришлось покинуть этот пост из-за международного давления после выдвинутых против него обвинений.

**Источник:** Оксана Ширкина, [Jewish.ru](http://Jewish.ru)

**Тиоктовая кислота: за и против**

Доктором О. Борисенко представлены фрагменты анализа данных об эффективности препарата тиоктовая кислота, проведенного в Ставропольском краевом клиническом центре специализированных видов медицинской помощи. По данным систематического обзора и дополнительного исследования, сведения об эффективности тиоктовой кислоты противоречивы: симптоматика улучшается на треть у пациентов в группе плацебо, а полученные преимущества в эффективности препарата не являются клинически значимыми. Также были выявлены дефекты присвоения уровней доказательности в Федеральном руководстве для врачей по использованию лекарственных средств. Необходимо изучение клинико-экономической целесообразности применения тиоктовой кислоты в отечественных условиях.

**Источник:** Проблемы стандартизации в здравоохранении, 2008 № 4



## ИнтерНьюс

### Никогда не поздно начать новую жизнь

Начать заботиться о здоровье своего сердца можно в любом возрасте, даже если вы никогда не занимались спортом и не придерживались правильного питания. Четырехлетнее исследование 16 тыс. человек проведенное в университетах Южной Каролины и Гарварда (США) доказало, что перемена образа жизни и диетических привычек позволяет улучшить сердечную функцию хоть в 30 лет, хоть в 60. Результаты научного эксперимента в очередной раз подтвердили правомерность утверждения, что никогда не поздно обратить внимание на свое здоровье. Четыре правила против сердечно-сосудистых болезней включают употребление пяти фруктов и овощей ежедневно, физическую активность по крайней мере по 2,5 часа в неделю, отказ от курения и поддержание веса в норме. Эти действия в совокупности на 40% понижают риск преждевременной смерти и на 35% — вероятность развития сердечных проблем.

Источник: medportal.ru

### Опять борьба с фальшивыми лекарствами. На словах

Министр здравоохранения и социального развития России Татьяна Голикова предлагает сформировать государственную систему контроля качества импортных лекарственных средств. «Система должна основываться на госконтроле за обращением лекарственных средств, в первую очередь, за счет создания в каждом федеральном округе лабораторий, находящихся в ведении Росздравнадзора. Таким образом, будет организована экспертиза качества лекарственных средств в оптовом и розничном секторах торговли». По ее словам, уровень госконтроля составит 10% от общего количества серий лекарственных средств, находящихся в обращении. А особому контролю будут подвергаться препараты и их компоненты, произведенные в Азии. «В настоящее время в Россию ввозится продукция с более чем тысячи зарубежных производственных площадок». В то же время «допуск на рынок новых лекарственных средств будет существенно упрощен. Для этого предполагается сократить объем документов, предоставляемых для госрегистрации, упростить госрегистрацию препаратов, применяемых для лечения редких заболеваний, а также предусмотреть возможность применения по индивидуальным жизненным показаниям отдельных препаратов без их регистрации».

Источник: tma.ru

### От нас не спрячешься!

Американские ученые обнаружили механизм «маскировки» вируса простого герпеса в латентной фазе заболевания. Известно, что вирус герпеса находится в нервных клетках инфицированного человека постоянно, но клинически заболевание проявляется только в период обострения, т. е. активного размножения возбудителя. В остальное время — латентный период — вирусный геном не воспроизводится, вирусные белки на его матрице не синтезируются, проявления заболевания отсутствуют, а сам вирус устойчив к любой терапии. Единственный молекулярный продукт вируса в этот период — транскрипт РНК латентной стадии (latency associated transcript RNA, LAT RNA), функция которого до сих пор была неизвестна. Исследуя функционирование вируса герпеса в латентную фазу заболевания у мышей, ученые из Университета Дюка в Северной Каролине обнаружили, что LAT RNA быстро распадается на более мелкие нуклеотиды, названные микроРНК. Они блокируют выработку белка, активирующего размножение вируса. Периоды обострения наступают тогда, когда при действии стрессовых факторов (например, переохлаждения) на организм человека-носителя вирус начинает производить большее количество информационной РНК, чем микроРНК может заблокировать, и синтез белка возобновляется. В настоящее время команда исследователей проводит испытания нового препарата, связывающего микроРНК с целью перевода вируса в активное состояние, когда он поддается лечению противовирусными препаратами.

Источник: medportal.ru

Начало на стр. 3 ↗

ных (никогда не слышал!), помогает бесплатными он-лайн консультациями, а порой и деньгами. Да и общий тон Вашего поста... жаль, что Вы так плохо думаете о коллегах... Жаль, что Вы не хотите понять сути происходящего и значимость прецедента. Вы констатируете факт, что многое в здравоохранении РФ плохо, и уже многое делаете, но никто не мешает Вам для изменений в стране чаще обращаться к журналистам, искать больше поддержки в интернете, как это было сделано в истории Т.

П.А. Л., видимо лозунг «Не смей мнение свое иметь» прочно вошел в вашу плоть и кровь. Самое страшное, это когда все говорят «белое», а на самом деле все «черное». Вспомните про голого короля. Толпа, большинство всегда не право. Истерические вопли не впечатляют. Врач должен исполнять то, что ему положено — лечить больных. Если врач начинает заниматься организацией здравоохранения — то тогда надо бросить лечение больных. Организация здравоохранения сложная наука. Это и экономика, и менеджмент, и финансы и много чего еще. Но отдельным гражданам кажется, что можно решить проблему наскоком: построить дворец среди выгребных туалетов. Построить можно — работать не будет. Экономика перемелет любого энтузиаста.

Качество оказываемой медицинской помощи напрямую зависит от числа больных, которым она оказана, и совсем не зависит от степени квалификации врача. Все это в прошлом, сегодня все решает команда, которая включает в себя лаборантов, медицинских сестер, функциональных диагностов, провизоров и т. д. Лечить сложных больных можно, только имея большой профессиональный коллектив. Кто и за какие деньги все это будет обеспечивать в ЦРБ? — никто. Так что это просто выброшенные деньги.



## XIII Международная научно-практическая конференция «ПОЖИЛОЙ БОЛЬНОЙ. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ»

29 сентября—1 октября 2008 года

Центральный дом ученых РАН, Москва

Web-сайт: www.zdrav.net, www.zdravkniga.net E-mail: gerontology@zdrav.net.

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

29 сентября—1 октября 2008 года

XIII Международной научно-практической конференции.

### ОСНОВНЫЕ НАУЧНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ КОНФЕРЕНЦИИ:

- Организация медицинской и социальной помощи пожилым. Современные геронотехнологии. Сестринский процесс.
  - Геронтологические аспекты терапии (кардиология, ревматология, гематология, и т. д.), хирургии, офтальмологии, стоматологии, неврологии и психиатрии.
  - Теоретические основы геронтологии, старение, геропротекторы.
  - Стандартизация, медицина, основанная на доказательствах, и клиничко-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 «Пожилкой больной. Качество жизни», забронировать номер в гостинице вы сможете **ONLINE** или направив в адрес Оргкомитета заявку на участие по почте или по факсу.

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

Адрес Оргкомитета: Москва, 115446, Коломенский проезд д. 4, 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

С. Уважаемый П.А.! Непонимание основано на использовании журналистских гипербола. В жизни все гораздо разумнее. Какой кардиоцентр? Есть добротное кардиологическое отделение, оснащенное нормальными кардиографами, аппаратом для ЭхоКГ (на котором работают два специалиста высочайшего уровня, напомним, М.О. — автор известнейшей монографии по ЭхоКГ), дефибриллятором, аппаратом ИВЛ. Плюс нормальный ремонт. Так что речь идет не о суперселективно высокотехнологично беспрецедентной помощи, а о НОРМАЛЬНОЙ организации лечения, когда больной инфарктом получает тромболитик (да, тромболитики иногда покупали «из своего кармана» — это плохо?), а не рибоксин. Нормальная организация — это когда больной с не-Q-инфарктом получает направление на коронарографию в Москву, а не предуктал за счет ДЛЮ.

П.А. С., уже легче, теплее. Но все равно, я остаюсь при своем мнении, что кардиологического отделения в ЦРБ быть не должно. Инфаркт нужно лечить в центре, возможно — межрайонном, — где можно и нормальную лабораторию держать (тропонины, свертывающая система — как минимум в круглосуточном режиме), и коронарографию со стентированием делать (хотя выяснилось, что она не столь эффективна) и тромболитизис всем, кому надо проводить и т. д. ЦРБ — это убогий пережиток прошлого (уж не говорю про ФАП и участковую больницу — им всем нужно придумать место или закрыть). А если появляется отдельный хороший кардиолог, он либо должен организовывать действительно непрерывно работающий активный центр (как, на-

пример, в 23 больнице Москвы), либо заниматься частной практикой на эхокардиографе. Здесь не на кого обижаться, так как вся система здравоохранения, а точнее — отсутствие системы, — делает подобные спорадические вспышки чем-то необычным. Еще раз — один, пусть даже семи пядей во лбу, выдающийся врач сегодня — ничто без огромной и дорогостоящей профессиональной поддержки. А такую поддержку не выдержит никакая ЦРБ.

К.В.К. П.А., а насколько реально довести инфарктного больного до какого-либо кардиоцентра? В городах Москва-Питер уже сложно. Даже если это кардиобригада, а уж до ЦРБ из района, да при наших дорогах? Про санавиацию и разговора нет. Дорого. Мне другое видится (возвращаясь к теме). Отказались врачи от ненужного им аппарата. Тендеры проведены, и откаты уже получены. И уже отчитались по нацпроекту. А тут какой-то главный врач, какая-то кардиология, какая-то медицина. Народ, одним словом. Мы опять возвращаемся к старым разговорам — специализированные центры. Их Чазов строил, потом они стали для населения глубинки вообще малодоступным по причине дороговизны. Это ведь не выход. Уровень ЦРБ — должен соответствовать уровню городской многопрофильной больницы. Вот туда и деньги из бюджета.

П.А. Довести больного в Москве до больницы не так долго, как кажется. Только в столице среднее время вызова скорой от момента развития ангинозного приступа — 18 часов. Более того, проблема решена давно во многих регионах — только централизация лечения острого коронарного синдрома позволяет сделать это лечение эффективным. Во Владимире все больницы уже лет 10 доставляют в один кардиоцентр. Кроме того, сегодня мы установили стандарты проведения тромболитизиса на скорой помощи. В мире это делают парамедики, а у нас боятся доверить даже кардиобригаде.

Насчет откатов и т. д. — возразить нечего, только районные власти этих откатов не получают, в нацпроекте все деньги и закупки централизованы на федеральном уровне.

Насчет дорог. Я мотаюсь по стране на машине, знаю наши дороги не по рассказам, а собственными колесами: Питер, Воронеж, Белгород, Курск, Тула, Ярославль и др. Давно уже не осталось бездорожья в центральной полосе. А если до деревни 3 км грязи — так что местная скорая, что областная до нее не доплывет — на листе за трактором все равно ехать. Так оттуда и не вызовут с инфарктом.

Сколько ехать от Т. до областного центра? Если далеко, давайте межрайонные центры. Но утверждение о том, что ЦРБ нужно делать многопрофильными — абсурд. Да, есть города, где живет по 100 тысяч населения. Но Т. — большая деревня, нет достаточно больных, чтобы заполнить стационары. В целом — это аксиомы менеджмента, мир давно уже все это обсудил и освоил.

А.У. цитирует: «...После появления этой публикации (редакция журнала «Знамя» признала ее лучшей за 2007 г.) многие известные люди — например, писатели Л. Улицкая и В. Шендерович, трансплантолог С. Готье — вошли в состав попечительского совета благотворительного Общества помощи Т. больнице. На организованных обществом концертах удалось собрать несколько миллионов рублей, необходимых для создания в Т. кардиологического центра. Значительность суммы объясняется в том числе и тем, что

Продолжение на стр. 7 ↗

**СТАНДАРТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

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

Эти стандарты мало доступны врачам.

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

Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

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

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

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

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

Разработчики: Хальфин Р.А., Шарапова О.В., Каскина 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 ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА**

**1. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА**

**Категория возрастная:** взрослые

**Нозологическая форма:** острый инфаркт миокарда

**Код по МКБ-10:** I 21

**Фаза:** острое состояние

**Стадия:** первое обращение

**Осложнение:** вне зависимости от осложнений

**Условие оказания:** скорая медицинская помощь

Утверждено приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 2 августа 2006 г. № 582

**1.1. ДИАГНОСТИКА**

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A 01.31.009	Сбор анамнеза и жалоб общетерапевтический	1	1
A 02.09.001	Измерение частоты дыхания	1	1
A 01.31.010	Визуальный осмотр общетерапевтический	1	1
A 01.31.011	Пальпация общетерапевтическая	1	1
A 01.31.012	Аускультация общетерапевтическая	1	1
A 02.10.002	Измерение частоты сердцебиения	1	1
A 02.12.001	Исследование пульса	1	1
A 02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	1
A 05.10.001	Регистрация электрокардиограммы	1	1
A 05.10.007	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных	1	1
A 09.05.199.001	Экспресс-исследование уровня тропонина в крови	1	1
A 09.05.006.001	Экспресс-исследование уровня миоглобина в крови	1	1

**2. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА**

**Категория возрастная:** взрослые

**Нозологическая форма:** острый инфаркт миокарда

**Код по МКБ-10:** I 21

**Фаза:** острое состояние

**Стадия:** первое обращение

**Осложнение:** без осложнений

**Условие оказания:** скорая медицинская помощь

**2.1. ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА 30 МИНУТ**

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A 01.31.009	Сбор анамнеза и жалоб общетерапевтический	1	1
A 02.09.001	Измерение частоты дыхания	1	1
A 02.10.002	Измерение частоты сердцебиения	1	1
A 02.12.001	Исследование пульса	1	1
A 02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	2
A 25.10.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях сердца и перикарда	1	1
A 11.12.003	Внутривенное введение лекарственных средств	0,7	1
A 11.09.008	Ингаляционное введение лекарственных средств и кислорода	1	1
A 05.10.001	Регистрация электрокардиограммы	1	2
A 05.10.007	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных	1	2
F 05.01.02	Транспортировка пациента службой скорой медицинской помощи вне медицинского учреждения (организации)	1	1

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД**	ЭКД***
Анальгетики, нестероидные противовоспалительные препараты, средства для лечения ревматических заболеваний и подагры			1		
	<i>Ненаркотические анальгетики и нестероидные противовоспалительные средства</i>		0,8		
		Ацетилсалициловая кислота	1	375 мг	375 мг
	<i>Наркотические анальгетики</i>		0,8		
		Морфин	1	10 мг	20 мг
Средства, влияющие на кровь			1		
	<i>Средства, влияющие на систему свертывания крови</i>		1		
		Алтеплаза	0,1	100 мг	100 мг
		Стрептокиназа	0,1	1500000 Ед	1500000 Ед
		Проурокиназа	0,1	6000000 Ед	6000000 Ед
		Надропарин кальций	0,2	7600 Ед	7600 Ед
		Эноксапарин натрий	0,2	80 мг	80 мг
		Гепарин натрий	0,4	5 000 Ед	5 000 Ед
Средства, влияющие на сердечно-сосудистую систему			1		
	<i>Антиангинальные средства</i>		0,7		
		Нитроглицерин	1	0,5 мг	1 мг
	<i>Гипотензивные средства</i>		0,6		
		Пропранолол	1	5 мг	10 мг
	<i>Прочие средства</i>		0,3		
		Этилметилгидроксипиридина сукцинат	1	300 мг	1800 мг

\* – Анатомо-терапевтическо-химическая классификация.

\*\* – Ориентировочная дневная доза.

\*\*\* – Эквивалентная курсовая доза.



**3. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА****Категория возрастная:** взрослые**Нозологическая форма:** острый инфаркт миокарда**Код по МКБ-10:** I 50.1; R 57.0**Фаза:** острое состояние**Стадия:** первое обращение**Осложнение:** левожелудочковая недостаточность; кардиогенный шок, аритмия**Условие оказания:** скорая медицинская помощь**3.1. ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА 30 МИНУТ**

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A 01.31.009	Сбор анамнеза и жалоб общетерапевтический	1	1
A 02.12.001	Исследование пульса	1	1
A 02.10.002	Измерение частоты сердечбиения	1	1
A 02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	4
A 02.09.001	Измерение частоты дыхания	1	1
A 25.10.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях сердца и перикарда	1	1
A 11.12.003	Внутривенное введение лекарственных средств	1	1
A 11.09.008	Ингаляционное введение лекарственных средств и кислорода	0,8	1
A 17.10.001	Электроимпульсное воздействие при патологии сердца и перикарда	0,05	1
A 05.10.001	Регистрация электрокардиограммы	1	2
A 05.10.007	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных	1	2
A 05.10.003	Непрерывное мониторирование электрокардиографических данных	1	1
F 05.01.02	Транспортировка пациента службой скорой медицинской помощи вне медицинского учреждения (организации)	1	1

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД**	ЭКД***
Анальгетики, нестероидные противовоспалительные препараты, средства для лечения ревматических заболеваний и подагры			1		
	<i>Наркотические анальгетики</i>		0,8		
		Морфин	1	10 мг	20 мг
Средства для лечения заболеваний почек и мочевыводящих путей			0,5		
	<i>Диуретики</i>		1		
		Фуросемид	1	40 мг	80 мг
Средства, влияющие на сердечно-сосудистую систему			1		
	<i>Антиангинальные средства</i>		0,5		
		Нитроглицерин	1	0,5 мг	5 мг
	<i>Вазопрессорные средства</i>		0,5		
		Добутамин	0,5	20 мг	20 мг
		Допамин	0,5	20 мг	20 мг
	<i>Средства для лечения сердечной недостаточности</i>		0,05		
		Дигоксин	1	0,25 мг	0,25 мг
Средства для лечения заболеваний желудочно - кишечного тракта			0,1		
	<i>Спазмолитические средства</i>		1		
		Атропин	1	0,5 мг	1 мг
Средства, влияющие на кровь			1		
	<i>Средства, влияющие на систему свертывания крови</i>		1		
		Алтеплаза	0,1	100 мг	100 мг
		Стрептокиназа	0,1	1500000 Ед	1500000 Ед
		Проурокиназа	0,1	6000000 Ед	6000000 Ед
		Надропарин кальций	0,2	7600 Ед	7600 Ед
		Эноксапарин натрий	0,2	80 мг	80 мг
		Гепарин натрий	0,2	5 000 Ед	5 000 Ед
Растворы, электролиты, средства коррекции кислотного равновесия, средства питания			0,1		
	<i>Электролиты, средства коррекции кислотного равновесия</i>		1		
		Натрия хлорид	1	200 мл	200 мл
Прочие средства			0,4		
		Этанол	1	200 мл	200 мл

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

**СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ПЕРЕКРУЧИВАНИЕМ ЯИЧНИКА, НОЖКИ ЯИЧНИКА И МАТОЧНОЙ ТРУБЫ****1. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА****Категория возрастная:** взрослые, дети**Нозологическая форма:** перекручивание яичника, ножки яичника и маточной трубы**Код по МКБ-10:** N 71.0**Фаза:** острое состояние**Стадия:** первое обращение**Осложнение:** тазовый перитонит, разлитой перитонит**Условие оказания:** скорая медицинская помощь

Утверждено

приказом Министерства здравоохранения  
и социального развития Российской Федерации  
от 25 сентября 2006 г. № 681**1.1. ДИАГНОСТИКА**

Код	Наименование	Частота предоставления	Количество
A01.20.001	Сбор анамнеза и жалоб в гинекологии	1	1
A01.20.002	Визуальное исследование в гинекологии	1	1
A01.20.003	Пальпация в гинекологии	1	1
A02.09.001	Измерение частоты дыхания	1	1
A02.12.001	Исследование пульса	1	1
A02.10.002	Измерение частоты сердечбиения	1	1
A02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	1

**1.2. ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА 30 МИНУТ**

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

**1.3. ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ**

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД**	ЭКД***
Растворы, электролиты, средства коррекции кислотного равновесия, средства питания			0,1		
	<i>Электролиты, средства коррекции кислотного равновесия</i>		1		
		Натрия хлорид	1	400 мл	400 мл
Средства для лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта			1		
	<i>Спазмолитические средства</i>		1		
		Метамизол натрия + питофенон + фенпивериния бромид	0,3	5 мл	5 мл

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

Начало на стр. 3, 4

жертвователи видели конкретный адрес своей помощи и людей, отвечающих за то, что она попадет по назначению». Ни о каких бюджетных деньгах речь не идет!!! Поэтому все инсинуации на тему «обобрали здравоохранение за счет создания отделения кардиологии» никакого основания под собой не имеют, и являются гнуснейшим «наездом» на хорошее начинание. Да, смертность от инфаркта снижена за счет хорошего лечения — тромболитиками тем, кто в этом нуждается, бета-блокаторами, аспирином и иАПФ — для всех, и т. д. Хорошее лечение — результат денежных вложений, но не бюджета, а благотворителей (правда, благотворители на лекарства денег не давали, во всяком случае, про это не было слышно раньше). В России слово «благотворительность» почему-то ассоциируется с варварством, а не с Творением Добра, — это национальная особенность такая... Основной идеей создания отделения было лечение не только населения Т., но и близлежащих районов. А это, возможно, и деревни, но уже довольно много деревень...

**П.А. А.У.**, а зарплату тоже платят благотворители? А коммунальные расходы — тоже из фонда? Почему бы не сделать за такие большие деньги частную больницу? Или вам видится в частной клинике что-то постыдное? Разве не понятно, что для того, чтобы возить из соседних деревень, которых в округе не много, нужны машины, бригады, бензин. Это тоже все за счет благотворителей? Пустая трата энергии и денег. Благотворители, честное слово — не виноваты. К сожалению, это выпуск пара — и более ничего. Благотворительный фонд при детской гематологической клинике — понятен, а при отделении кардиологии в деревне — не очень. Благотворительный фонд при доме престарелых в Т. — благородно (но не слышно). Тут речь не о нравственности, а об азах организации здравоохранения.

**К.В.К.** Не надо про мир, есть и парамедики, есть и кардиологи — цена вопроса разная. И расстояние и больницы также иные. Я много лет проработал на скорой в Питере и должен заметить — расстояние — еще тот фактор. Иногда и близко, а не успеть. Парамедиков не будем мифологизировать. На догоспитальном этапе можно многое сделать, было бы чем. В приведенном Вами примере «18 часов» — типичное сравнение ни с чем. От момента вызова, до госпитализации проходит часа 3—4, и это бывает фатальным. Что касается всего остального — Вы оптимист. Завидую, видите нормальные дороги. Откаты — тема большая. Да реально они «вверху», но есть и для местных госслужащих своеобразный кнут — должность госслужащего, зарплата от 30 тыс., пенсия от 20 тыс., компенсация за вредность и на лечение до 10 должностных окладов ну и, так скажем, «помощь» кому-либо. И ради чего это терять, проще уволить возникающего. Я очень надеюсь, что в результате деятельности интернет-сообщества отдел по борьбе с коррупцией МВД все-таки изучит, откуда растут ноги.

боты кардиологического реанимационного отделения, где мило будут лечиться старички со старушками из соседних деревень, нужно 2 круглосуточных ставки реаниматолога, 4—6 — медсестринских сестер, врача-лаборанта круглосуточно. Иначе — профанация. А машины из районных ЦРБ — если вы не знаете — УАЗ 452-А, на балансе у другого муниципального образования и не поедут в Т. из соседнего района. Конечно, не только благотворители швыряются деньгами — тут, например, узнал случайно, что в некоторые ЦРБ поставили в рамках нацпроекта реанимобили. Так та же проблема — работать не них некому, в ЦРБ нет ставок на круглосуточную реанимационную бригаду. Впрочем, не знаю, слышали ли вы про бюджет и проблемы его разделения между субъектом и муниципалитетом.

И все-таки ассоциация напрашивается с домом престарелых. Горят они с бедными, но совсем реальными стариками и старухами постоянно, никто не кидается там что-то сделать. В Т. проблемы с противопожарной безопасностью (охотно верю, старинное здание — не дай бог — сгорит как спичка). Но обсуждается здесь не возможность пожара и как его предотвратить, а какие-то абстракции.

**К.В.К. П.А.**, то надо вести больных в мифические кардиосредоточия, то Вы сетуете о плохой матбазе ЦРБ. И про дороги, по которым эти самые УАЗы пробираются, и в которых сладкие фордарины грохнутся на первом километре. УАЗу надо бы памятник поставить, как Т-34. Сколько людей сберег. Работать некому — это реальная проблема. Но чья проблема? Врачей-практиков, которые хотя не только нормально лечить, но еще и жить нормально? Чинювников, у которых медобразование только по диплому, но живущих нормально? Но вот 2 врача захотели работать. И что? Т. район — мне мало известен, но смею предположить, что летом, живут непростые люди, которые прекрасно понимают — в отличие от государства, они умеют считать свои деньги, — взяли и организовали центр. Так и слава Богу, что разумный предприниматель пошел. И им хорошо и народу неплохо.

**А.У.** Ну, насчет реаниматолога — это не совсем так, поскольку реаниматологи в кардиобите не нужны, нужны кардиологи. Ставка соответствующая. Охотно верю, что в Т. ЦРБ дежурный врач должен быть и вовсе один (на весь стационар), а остальные — так сказать, на телефоне. Так ведь, в любом случае, никто не просил дополнительного бюджетного финансирования... Все, что нужно, сделано на деньги спонсоров. Доставка больных, на мой взгляд, исключительно вопрос межрайонных, областных приказов. В К. все равно дальше... Еще в 1961 г., после организации первого в СССР кардиоблока, было подмечено, что смертность от инфаркта падает от самого факта госпитализации больного в профильное отделение (там хоть электротоком стукнут).

**С.** Насчет Т. — большой деревни — это неполиткорректно. Вы полагаете, что житель Т. имеет меньше права на тромболитис, чем москвич? От Т. до К. — 70 км — это как раз 2 часа и куча ранних смертей в УАЗе. Игра бы стоила свеч, когда бы в К. была 24-часовая cath lab.

## ИнтерНьюс

Планируем, планируем...

Министр промышленности и торговли РФ Виктор Христенко, выступая на совещании, посвященном вопросам развития производства медицинских препаратов, сообщил, что в сентябре правительство подготовит стратегию развития фармацевтической отрасли до 2020 г. Согласно стратегии, планируется «провести анализ возможностей наших предприятий по наращиванию производства, возможность предоставления долгосрочных кредитов для модернизации и ввода новых мощностей, приобретение лицензий на производство инновационной продукции, субсидирование процентной ставки по кредитам для экспортных операций и проникновение на иностранные рынки через покупку производств за рубежом». По прогнозам Христенко, «к 2020 г. объем фармацевтического рынка вырастет не меньше, чем в 5 раз. Сегодня мы занимаем 11 место в мире, а по темпам роста опережаем не только Соединенные Штаты и Европу, но и быстро растущие рынки развивающихся стран». С 2004 по 2006 г. российский рынок в рублях и долларах удвоился. Доля рецептурных препаратов сегодня составляет 65% и в будущем будет расти. И в обозримой перспективе спрос, определяемый таким образом государством, будет доминировать, а доля безрецептурной продукции будет снижаться.

Источник: tma.ru

Помоги себе сам

67-летняя британская пенсионерка использовала самогипноз для обезболивания во время миниоперации на коленном суставе. Хирургическое вмешательство прошло успешно. Во время артроскопии, проведенной в частном госпитале в Петерборо и продолжавшейся около часа, Коади не чувствовала боли. По ее словам, она лишь испытывала дискомфорт из-за неудобного положения тела. При этом женщина не находилась в состоянии транса или глубокого сна — пациентка даже переговаривалась со своим хирургом. Пациентка сообщила, что ранее она уже гипнотизировала себя во время 2 предыдущих операций. Узнав о предстоящем вмешательстве 3 недели назад, она немедленно приступила к самогипнозу, представляя, что ее колено обложено льдом для заморозки. После окончания операции она продолжила гипнотизировать себя, что позволило избежать приема обезболивающих лекарств. По словам хирурга А. Шаира, проводившего операцию, артроскопия — весьма болезненная процедура, при которой производится несколько разрезов. Обычно он оперирует пациентов под анестезией, однако согласился сделать исключение для своей постоянной пациентки.

Источник: Sky News

Г.Г. Онищенко — против

Главный санитарный врач высказался против европейских законов о нормах алкоголя в крови. Онищенко считает, что неграмотность наших водителей сыграет с ними эту шутку. По его словам: «Норма алкоголя — это для России преступление. Даже, когда речь шла о том, есть алкоголь или нет в крови водителя, многим удавалось от этого уходить. Когда же разрешена какая-то норма, все будет зависеть от того, как договоримся». Это заявление прозвучало в Японии на саммите «большой восьмерки». С первого июля в России вступила поправка, допускающая содержание алкоголя в крови водителя не более 0,3 промилле. Ранее начальник ГИБДД Виктор Кирьянов разъяснял, что закон о норме призван совсем для другой цели. Принятая норма позволит избежать незаконного лишения прав, например, ранее были случаи, когда у человека от природы в крови естественный уровень 0,1—0,3 промилле, или когда большой принял пару ложек лекарства, настоянного на спирту, а гаишники и врачи принимали его за пьяного (вот наивные!). С принятием нового закона подобные ошибки будут исключены (суммы за исключения возрастут!). После принятия закона о нормах алкоголя в крови водителей алкотестер стал самым продаваемым товаром недели. Водители, пред тем как дышать в алкотестер, сделайте три глубоких вдоха и выдоха, а заодно убедитесь, что в приборе, например, отсутствует ватка, смоченная легким спиртом. По показаниям алкотестера нельзя установить степень опьянения — требуйте исследования пробы крови или сделайте ее — в спорных случаях — сами в любой больнице скорой помощи. Изъятие прав осуществляет суд, а не постовой, там доказательства рассматриваются, проводится независимая экспертиза и шанс вернуть права, если вы были несправедливо обвинены в пьянстве за рулем.

Источник: auto.mail.ru, собственные данные

### Уважаемые господа!

В 2008 году издательство «НьюДиамед» начало выпуск нового журнала

#### ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА И КЛИНИЧЕСКАЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

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

В журнале:

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

Главным объединяющим фактором является внимание к качеству исследований, к научной обоснованности предлагаемых решений.

Подписаться на наш журнал вы можете:

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

**А.У. П.А.**, зарплаты и коммунальные расходы ЦРБ там такие же, как были. В частной клинике постыдного ничего, только на это нужны совсем другие деньги. Вы отрицаете вообще наличие скорой медицинской помощи в российских регионах? Они ведь, эти-то, из деревень, которых Вы, по-видимому, за людей не считаете, скорую все равно вызовут, т. к. очень больно и помирать не хочется. И повеет эта самая скорая человекка с инфарктом миокарда в ближайшую больницу. Так эта ближайшая — Т. и есть. А нет в Т. — так поедет в К. Потратив при этом еще больше бензина.

**П.А.**, складывается впечатление, что у Вас есть возможность книгу судеб полистать, да и этак с высоты своего полета приговорить: здесь благотворительный фонд — благородно, а вот здесь — пустая трата энергии и денег. Деньги-то ведь в любом случае не Ваши, что ж Вы их все норовите пересчитать и в другой карман приспособить.

**П.А. А.У.**, я говорю только о деньгах муниципальных — меня чужие благотворительные деньги волнуют мало. На эти деньги нельзя содержать нормальное кардиологическое отделение, так как оно потребляет существенно больше ресурсов (опять — зарплаты, реактивы, энергия), чем есть в муниципальном бюджете. Для обеспечения нормальной ра-

**М.О., главный фигурант. П.А.** С удовольствием разрешу все Ваши недоумения. Речь идет именно о создании межрайонного кардиологического центра: для населения Т., Ж. и Ф. районов. В сумме 100000 человек, вполне достаточно для статистики. Эпитеты «супер», «европейское» и т. п. оставим на совести журналистов. Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний удалось снизить внедрением эхокардиографии, стресс-эхокардиографии, чреспищеводной эхокардиографии, тромболитиса, низкомолекулярных гепаринов, эндокардиальной стимуляции, прикроватного мониторинга, электрической кардиоверсии и т. п. — ничего нового, хотя, например, чреспищеводную и стресс-ЭхоКГ в области не делают. Еще и связями со специализированными стационарами в Москве. Прооперированы уже десятки пациентов, в основном с приобретенными пороками сердца. От бюджета это не потребовало ни копейки: все, включая венозные катетеры, одноразовые электроды и бумагу для принтеров, мы покупаем сами. Странно, что приходится перед Вами оправдываться. Моя зарплата в Т. — 1800 руб. (я работаю на полставки). Про «дружеские связи с московскими властью предрержащими товарищами, крышующими новый

Продолжение на стр. 8



## ИнтерНьюс

### СПИД в России сегодня

Руководитель центра профилактики ВИЧ-инфекций Алексей Мазус сообщил, что за последние 8 лет в столице среди россиян в возрасте до 23 лет число ВИЧ-инфицированных людей снизилось в 20 раз, в первую очередь, это связано с улучшением информированности молодежи об опасности этого заболевания. По словам Мазуса, разговоры о том, что в России масштабы эпидемии СПИДа увеличиваются, не верны. Начальник отдела по организации надзора за ВИЧ/СПИДом Роспотребнадзора Александр Голиусов заявил, что «на сегодня в России зарегистрировано 430 тыс. ВИЧ-инфицированных, из них 67% — мужчины, и 33% — женщины». Кроме того, Голиусов отметил, что с 1987 г., когда был зарегистрирован первый случай заражения ВИЧ-инфекцией в нашей стране, каждый год около 30 млн россиян проходят обследование на СПИД.

Источник: Gzt.ru

### Дети-гипертоники становятся взрослыми гипертониками

Метаанализ 50 исследований, отслеживавших уровень АД с детского возраста и до зрелых лет, проведенный докторами Ю. Ванг и К. Чен (Johns Hopkins University in Baltimore, Maryland, США) показал, что высокое АД в детском возрасте ассоциировано с АГ в зрелом возрасте (средние коэффициенты корреляции за 5 лет — 0,43 для систолического АД и 0,32 для диастолического АД).

Источник: Circulation 2008

### Искали одно, нашли другое

По словам немецких и датских ученых, определявших молекулярные мишени и побочные эффекты лекарств, изучая уже существующие лекарственные препараты, вскоре привычные таблетки и капли смогут применяться для лечения более широкого круга заболеваний. Лекарственные препараты могут связываться не только со своими собственными молекулярными мишенями, но и с другими белками в клетке, что и вызывает различные побочные эффекты. Сравнивая различные по химическому составу, но имеющие одинаковые побочные эффекты лекарства, исследователи смогли идентифицировать дополнительные молекулярные мишени для 20 пар лекарств, уже зарекомендовавших себя на рынке лекарственных препаратов. Предсказанные дополнительные эффекты девяти лекарств были подтверждены с помощью тестов. П.Борк из Европейской Лаборатории Молекулярной Биологии в Гейдельберге, возглавляющий исследования, поясняет, что использованный подход может помочь в разработке методов использования старых лекарств в новых для них терапевтических областях. Например, было обнаружено, что флуоксетин и рабепразол имеют ряд общих свойств и могут связываться с допаминным рецептором D3 — главной молекулярной мишенью препарата от болезни Паркинсона перголида. Исследователи также обнаружили, что антидепрессант миртазапин и лекарство от бессонницы залеплон оба взаимодействуют с рецептором гистамина H1; лекарство против болезни Альцгеймера донепезил может использоваться для лечения депрессии, так же, как и антидепрессант венлафаксин, связываясь с переносчиками серотонина. Исследователи полагают, что использование новых возможностей известных лекарственных препаратов может оказаться более выгодным, чем разработка новых лекарств — ведь изученные препараты уже прошли испытания, необходимые для коммерциализации. Однако О. Штольман, представитель компании Pfizer, отмечает, что, несмотря на эффективность исследования, задачи, систематическое изучение побочных (и дополнительных полезных) эффектов систематически проводятся фармацевтическими компаниями. Он отмечает, что ряд лекарств на рынке изначально предназначались для лечения не тех заболеваний, для борьбы с которыми они разрабатывались. Самым ярким в этом отношении примером является виагра, которая первоначально разрабатывалась для лечения сердечно-сосудистых болезней, но оказалась малоэффективной при этой патологии.

Источник: ChemPort.Ru по материалам Science, 2008, www.vechnayamolodost.ru

Начало на стр. 3, 4, 7

центр», — оскорбительно, Не судите строго, М.О., к. м. н., Президент Общества помощи Т.

П.А. М.О., никто не просил Вас оправдываться, как никто не просил эту тему сюда заносить. Сайт по экономике здравоохранения, с этих позиций рассмотрение Вашей деятельности и происходит. Я пытаюсь объяснить, что проблемы здравоохранения, медицины не решаются таким образом, наскоком. На задаваемые вопросы товарищи не отвечают. В первом сообщении идет речь о снижении числа умерших от инфаркта миокарда. Это работа БИТа, скорой, а не диагностического центра, про который Вы повествуете. Более того, в одном из сообщений вообще речь шла о кардиохирурге из Т., что вызывает определенное недоумение. Остаются вопросы, как Ваша деятельность вписывается в работу первичного звена, т. к. именно оно, а не операции при пороках решают проблемы инсульта и инфаркта, снижения их числа. Вы что, занимаетесь с врачами из других поселений, у вас ведутся курсы? Или Вы сами по себе, а они сами по себе. Кто оплачивает госпитализации больных из других районов? Налажены межрайонные взаиморасчеты? Есть соответствующие решения областных властей? То, что в «глубинке» нет медицины современной — очевидно, но нет медицины во всей стране. У нас не выявляется 90% существующих болезней, так что — возьми в руки ЭхоКГ и в 10 раз сразу увеличится число пороков. А если сделать всем анализ крови — то в 10 минимум (а по нашим данным в 100) раз увеличится число анемий. Наше здравоохранение полностью разрушено, его реально не существует, есть только некий фетиш, дым присутствия врачей. Поэтому решение задач должно носить характер не спорадических вспышек отдельных энтузиастов, а методических системных решений. Про это наш сайт и дискуссии. Обсуждение чьего бы то ни было личного поведения, деятельности и успехов — не наша тема. Вам могу пожелать личных успехов, но мне представляется тема исчерпанной для нашего сайта.

Г. П.А.! Нет смысла противопоставлять первичное звено и специализированные центры. То, что создано в Т., по сути, обычное кардиологическое отделение с палатой интенсивной терапии. Рассчитано оно на оказание помощи людям нескольких районов. Кстати, первичной (амбулаторной) помощью оно тоже занимается. То, что сделано в Т. — это НОРМАЛЬНО. Другое дело, что по всей стране этой помощи нет. Что касается тромболитической терапии, то по современным воззрениям при инфаркте она эффективна в первые 12 часов. В первые 3 часа ее эффективность не уступает стентированию, которое при инфаркте весьма эффективно. Конечно, догоспитальная тромболитическая терапия — это прекрасно, но пока трудноосуществимо. Вы сетуете на то, что в глубинке нет современной медицины. Упомянутый межрайонный центр можно считать такой первой ласточкой.

М.Я. П.А., официально приглашаю в гости, с рабочим визитом в Томскую область. Могу договориться, и из областного центра Вас заберут попутным вертолетом (4 часа, если напрямую). Можно и на машине 7—12 часов, 500 км всего. У нас небольшой (150 км) участок — грунт. По нему гоняют бензовозы и дожди, так что порой дорогу закрывают вообще. Там у нас 3 района по 15000—25000, и вахтовики в каждом еще по 5000—10000. Свожу Вас в наши крупные (3—4 тыс.) деревни. Санавиация (вертолет) 6 часов везет до нашей ЦРБ оттуда.

П.А. М.Я., за базар — ответите, я в ваши края собираюсь в августе (и далее — Абакан, Хабаровск и на Сахалин). Я проехал достаточно по России и не только. Есть места, недоступные для автотранспорта: Хабаровский край, да и на Камчатке есть вопросы по дорогам. Но мы — про Т., это 120 км от Москвы и там достаточно асфальта. Если из деревни вертолет летит 6 часов — то что можно привезти, о каком тромболитисе говорить. Впрочем, до областного центра на сколько минут больше? Думать надо.

Когда только пришел Ельцин к власти, в январе 93 пытались обсудить с помощником вице-президента Руцкого проблему сельской медицины. Она — неоднозначна, не решается везде одинаково. У меня нет готового решения для таких отдаленных поселков, хотя государство должно построить дороги — честное слово — не дорого. Но, согласитесь, что нельзя построить в каждой деревне на 2-5 тысяч населения специализированную больницу.

Г. П.А., в каждой — без сомнения нельзя. Но здесь-то речь о межрайонном подразделении. А ближайшая больница почти за 100 км — в К. А для проведения тромболитической терапии мощная коагулологическая лаборатория не нужна. Не мощная — тоже.

М.Я. Говорят, что 4—6 часов подойдет для инфаркта. А инсульты и на месте случаются. В пределах 2 часов до нашей ЦРБ, например, живет больше 25000. Реабилитация же и позже смысла не лишена.

Пропускаем обмен колкостями.

П.А. Я пытаюсь объяснить азы, но это неинтересно, и вызывает понятное озлобление, как у ребенка, у которого отбирают игрушку. Спишем все на неуравновешенность психики — почти болезнь, но скорее состояние души. Задам еще несколько вопросов, на многие предыдущие я так и не получил пока ответов. На чьем балансе (слово страшное, про него думать не хочется) оборудование, кто за него платит амортизационные отчисления. Имеется ли договор между благотворительным фондом и муниципалитетом, или областным управлением (кто владелец районной больницы?). Если оборудование на балансе фонда, то на каком основании ведется на нем работа. Есть ли у фонда лицензия на медицинскую деятельность, имеются ли давальческие отноше-

ния или лизинг? Стоит поотвечать на эти пункты, так как следующими задающими их могут стать прокуроры. Только не вешайте на меня стукачество — это элементарные вопросы, которые очень любят товарищи изучать — от налоговиков до судебных.

Вот пример правильного решения той же проблемы. Почти 10 лет работает в Москве диализный центр в 20-й больнице. Он — частный. На диализе — 360 человек, примерно столько же, сколько во всей Москве в городских центрах. Отношения — договорные, помещение в аренде, оплата из Департамента по факту проведения процедуры. Направляет на диализ городской главный нефролог. Она проверяет отчет и подписывает документы к оплате, она же подписывает рецепты на ДЛЮ. Есть система внутреннего контроля качества по суррогатным точкам, принятая во всех клиниках хозяина центра в мире (их — много). Оборудование — частного центра, лицензия — частного центра, зарплата и все остальные траты — частного центра. А за диализ платит государство. Такие центры зашагали по стране. В Мытищах есть, сейчас и другие инвесторы стали открывать — Фрезениус, например, в Мурманске, в Ульяновске и т. д. Это — правильное с точки зрения существующей системы организация процесса. Если бы фонд арендовал помещение, получил бы лицензию, платил бы зарплату и все отчисления, заключил бы договора с бюджетными организациями (муниципалитеты, область) — не было бы вопросов — вперед и с песнями. А так — правовой и организационный бардак, под свист и улюлюканье. Он и дальше будет развиваться как бардак, так как попираются законы. Перспектив у центра в том виде, в котором он описан — нет. Так как на вопросы я не имею ответов, то думаю о пессимистическом варианте, а вам, пишущим сюда, хочется видеть все в оптимистичных очках. Дело ваше.

Л. П.А., в Ваших фразах видится больше намерение критиковать и искать подвох, чем понять. В ряде своих аргументов о плачевной ситуации в здравоохранении Вы, безусловно, правы. Замечу, пациентам, которые УЖЕ получают адекватную помощь в Т. больнице, глубоко плевать (soгу) на систему собственности внутри здравоохранения и т. п. Им нужны адекватные врачи, которые их вылечат — такие в Т. есть и они отлично работают.

Вот голос из народа. Неожиданный поворот событий.

Л.А. Я не медик, но живу в Т., и судьба ЦРБ мне не безразлична. Для справки: Т. — в 130 км от Москвы, до г. К. — 70 км, до г. С. — 50 минут максимум (30 км). Из упоминавшегося района Ф. до К. — 30 км. Дороги вполне приличные. Из упоминавшегося Ж. района ближе ехать до г. О. и С., чем до Т. Центры, наверное, нужны по территориальному, а не по административному признаку. И не просто по личной инициативе, а по целесообразности. Ехать в межрайонный центр от границы с Московской областью в К. область — смешно...

Предлагаю информацию из интернета и районной Т. газеты «Так, в 2005 г. смертность при инфаркте миокарда составила 36%, в 2006 г. уже 20%, а в первом полугодии нынешнего года (2007) — 7%. И «виной» тому группа подвижников, руководимая доктором М.О. Они умудрились в обычной районной больнице создать современную кардиологическую службу.» Врач-кардиолог М.О. работает в больнице один с мая 2005 г. 2 дня в неделю, и такие результаты! «В 2006 г. к работе в Т. больнице Обществом помощи был привлечен кардиолог А.О. Молодых врачей в Т. больнице немного. А. приехал в Т. из Узбекистана, А.О. из Москвы. Жилье ему купило Общество помощи». Примечание: А. — хирург, прошел обучение и как анестезиолог. Куплена для А.О. квартира («крохотная хрущевка») у главврача И.О. — на деньги «Фонда Общества помощи больницы», возглавляемого М.О. «Торжественно в присутствии дорогих гостей открыли в пятницу 29 февраля кардиологическое отделение, а в понедельник 3 марта администрация района уволила главного врача больницы, а через пару дней вроде уволился (заставили) глава администрации района, и губернатор области отправил в отставку вице-губернатора, курирующего национальные проекты по здравоохранению». А вроде министр здравоохранения области поддерживал идею создания кардиологического центра в Т. Интересно, почему Министр здравоохранения Т. Голикова пишет поздравительное письмо не на бланке министерства? Интересные «факты» попадают в публикации, например — больница построена 30 лет назад, а с 1957 года она ни разу не ремонтировалась... Но на моей памяти ремонт был 3 раза только за последние лет 10. С приходом нынешнего главврача (тогда со скандалом «сняли» предыдущего — поскольку сменилась власть в районе) затеяли дорогой ремонт, но ремонтировали только кабинет и приемную нового главврача. Одновременно рядом возводился ее коттедж (ссылка на фотографии обстановки). «В терапевтическом отделении Т. больницы установлены новые (пластиковые) окна! Благодарим З.А.». «Благодаря усилиям члена Попечительского совета Общества помощи Т. больницы, начальника управления соцзащиты администрации К. области З.И.А. Т. больница получила 500 тысяч рублей из областного бюджета на установку пластиковых окон в терапевтическом отделении». Примечание: З.А. — супруга губернатора К. области. Пластиковые окна установили в терапевтическом отделении, это прекрасно и спасибо! Но кто, как не начальник управления соцзащиты администрации области, должен заботиться о больнице, тем более, о его терапевтическом отделении, которое точно не ремонтировалось много лет и было в плачевном состоянии? Простите, но оказывается, З.А. руководит соцзащитой города К., а не К. области. Так непосредственно больница полу-

Продолжение на стр. 9



Начало на стр. 3, 4, 7, 8

чила деньги, или через район? Или Общество помощи? «Общество помощи больнице», по моему мнению, превратилось (а фактически и было создано!) для помощи М.О., его проекту. Он — высококвалифицированный врач с «американским опытом»... Опытом чего? Лечения? Нет, пишут, что он учился год в Америке. Когда? Сразу после развала Союза. Написал книжку по эхокардиографии, издатель, переводчик медицинской литературы. И в 2005 г. решил вернуться к врачебной практике. Не хочу подвергать сомнению квалификацию, но возвращение в практику предполагает стажировку, если не ошибаюсь, и подтверждение квалификации. Где работал конкретно как кардиолог, не указывается ни в одной публикации.

Российская газета 7 марта пишет про уникальный медицинский центр (еще — «медицинский комплекс»). Почему «центр»? В чем его уникальность? Кто его проектировал, кто его учредил, кто его санкционировал? И как можно его «уничтожить»? Сам М.О. поправляет: «центр не уникальный, оборудование не суперсовременное, а хорошее». Понятно, но аппаратура для диагностики — это еще не центр. Фактически ничего не «строили», отремонтировали терапевтическое отделение и отделили в нем большой кабинет для М.О. Неплохой результат за 2,5 года.

По финансированию. В конце 2007 г. предприниматель Б. осуществил ремонт терапевтического отделения — так сообщается в «ответе на пощечину», подписанном М.О. и А.О. в интернете. Б. в «оправдательном» письме губернатору указывает, что «мною был проведен ремонт терапевтического и кардиологического отделения по договору пожертвования, и никаких перечислений между моей фирмой и больницей не было». Кардиологического отделения (а не центра!) еще не было. Ремонт терапевтического был поставлен как условие больницы для организации кардиологического отделения (помимо других условий — определить объем больных, кто будет финансировать приобретение оборудования и др.). А в начале 2008 г. года активизируется марафон помощи больнице, собираются средства более 1,5 млн руб., в том числе, от населения (но там концы не сходятся, получается не менее 2 млн). Сообщается также, что средства поступили и из бюджета (информация от 25.01.08 из газеты «Октябрь»). В фонд помощи центру? Или на ремонт? Непонятно. А в Российской газете указано, что ни копейки из бюджета района не потрачено?! Ранее, 21.01, фонд помощи объявляет благодарность З.А. за 500 тысяч из областного бюджета — для установки пластиковых окон в терапевтическом отделении. А разве эти деньги пришли не в район?

Далее. Еще с ноября 2007 г. по постановлению главы администрации — именно Ю.Н. проводится этот марафон — сбор средств на ремонт поликлиники — «Обновленная поликлиника». Поликлиника находится на первом этаже ЦРБ. Указан почему-то номер счета некоммерческой организации «Общество помощи Т. больницы». А почему не был открыт специальный благотворительный счет для поликлиники? На 08.02.2008 г. на этот счет поступило 1 590 699 руб., из них 261062 — от городских предприятий и организаций, предпринимателей и частных лиц. Фонд помощи Т. больнице «перечислил больше всех — 500 тыс. руб., в другой фонд им. Ю. — 300 тыс. руб.» Непонятно. Если фонд им. Ю. поделится с больницей, перечислив в Общество помощи, то с какого и на какой счет перечислило 500 тыс. руб. само Общество помощи? И сколько предназначено на ремонт поликлиники, а сколько — на так называемый кардиологический центр? И относится ли он к больнице, или к поликлинике? И откуда эти 500 тыс. — не те ли самые — из областного бюджета? Строительство центра обошлось в 4 млн — это сообщает Российская газета (какое «строительство?»), а ремонт терапевтического отделения — во сколько? Или это — «разные ремонты» разных отделений на одном этаже? Как делились деньги, если ремонтировалось терапевтическое отделение? В другом месте по центру фигурирует цифра 10 млн (с оборудованием, наверное...).

М.О.: «Непосредственным поводом для создания межрайонного центра стала нехватка кардиологических больных — наши возможности стали явно превышать потребность в нас у районного населения. С лета 2007 г. мы принимаем жителей города К. (население 15000 человек), где нет своей больницы. Сейчас мы оказываем полноценную кардиологическую помощь на месте». А из К., что можно ездить на обследование бесплатно на реанимобиле? А там рядом — О., а из Ж. до О. — еще ближе. Ф. — ближе к К., чем к Т., и автобусных рейсов в К. много, а в Т. — ни одного. В Москву — 4 автобусных рейса, в К. 2 (утром и вечером), в С. — 11 рейсов (плюс маршрутное такси — билеты по 38 руб.), а в Ф., в Ж., в И. — ни одного! А больницы там имеются и должны оказать срочную помощь. Скорая может доставить инфарктника в ближайший кардиологический центр — либо в К., либо в О. Самостоятельно в плановом порядке (профилактика) можно обращаться, куда хочешь, или кому доверяешь — можно к кардиологу в нашу ЦРБ, где уже выделены 14 кардиологических коек. При узаконивании «Центра» из Ж., И., из Ф. будут с жалобами на сердце посылать на обследование в Т. — вместо К. или О. А удобно это больным, или нет, никого не волнует. Врачам захотелось занять центр в любимой Т., и они поймут больных, которых им почему-то уже «не хватает». Кто не знает, что бывает, когда приезжаешь издалека с направлением в Центр? «У нас запись на месяц вперед, но если хотите, можем обследовать сегодня, но за плату...» Поэтому и остались не выясненными вопросы, давно поставленные Министром здравоохранения области.

Если этих коек слишком много, можно уступать другим больным, так как это одно терапевтическое отделение, а не «медицинский Центр». В Т. не хватает больных — сердечников? Такой успех потрясает (всех вылечили или инфаркт предупредили?). А сократить штат кардиологов не подумали? Шутка... Хотя... родильное отделение ведь закрыли, но не из-за отсутствия рожениц. Туда перебросят терапевтическое отделение — дневной стационар. Так почему же мне летом (в июле 2007 г.) было отказано в обследовании сердца, коли делать было нечего? Если бы не помощь в Москве, точно ухудшила бы им статистику...

П.А. Л.А., безусловно, Ваше послание читается как донос, и я уверен, что начнется вой на эту тему. Сам я не владею информацией, за исключением той, которая выложена здесь моими оппонентами. Но мои ощущения, базирующиеся на слишком хорошем знании действительности, подсказывают, что описанные Вами нестыковки имеют место быть. Согласитесь, если Вас на дороге останавливает сияющий гаец, вы заранее уверены, что он попросит денег за ремень или аптечку, а не скажет, что у вас сбился галстук или примялась шляпка. Именно поэтому я и стал задавать вопросы, но не получил ответов ни на один. Вопросы про экономику и статистику проигнорированы.

В Москве в целом около четверти больных с инфарктом умирают (если брать всех, а не госпитализированных), в больницах — по-разному, но больше 10%, и лишь Кардиоцентр скромно, с бесконечными оговорками, что это отобранные группы и т. д., говорит о проценте менее 5. Возможно, что-то подобное может рассказать госпиталь Мандрыко, Кунцевская больница — и все. Если больные поступают все подряд — таких процентов быть не может, они могут быть там, где организовано и слажено работает первичное звено, «скорая», блок, коронарография, лаборатория, круглосуточно — минимум стентирование и тромболизис. Ну никак по-другому не получается, постоянно обсуждаем это вопрос на обществе московском. Сейчас что-то варганит Елена Юрьевна Васильева в 23 больнице — что-то грандиозное, прямо в приемнике, чтобы еще сократить время поступления и начала терапии. Так и денег это «что-то» стоит не малых — так у нее и поток со всего города Москвы и прилегающих районов. Если больных очень много, тогда целесообразно «заводиться» на такую дорогостоящую технологию. Все кардиологи говорят — самое трудное, ресурсоемкое — перейти не от 20–30% к 10, а спуститься с 7%. Тут каждый процент требует огромных усилий.

Л.А. Не беспокойтесь, я юрист. И это не донос (разве что в бытовом смысле слова). Требуется небольшое дополнение. В терапевтическом отделении выделено 14 кардиологических коек, постановлением от 24.10.07 г. главы администрации внесено соответствующее изменение в Устав больницы. А межрайонный центр, а точнее, отделение кардиологической помощи так и не было открыто. Лицензия имеется вроде, но у больницы. Что касается специализированной кардиопомощи — нам про лицензию неизвестно. Вот условия, которые в сентябре 2007 г. в очередной раз поставил Министр здравоохранения области, в связи с обращением главврача к губернатору с просьбой об организации на базе ЦРБ межрайонного кардиологического центра: до формирования Программы государственных гарантий оказания жителям К. области бесплатной медицинской помощи на 2008 г. необходимо представить, согласовать и защитить объемы медицинской помощи специализированной кардиологической помощи по потокам больных из Ф. и Ж. районов; подготовить и представить стандарты лечения кардиологических больных, согласованные с главным нештатным кардиологом области; провести оптимизацию и реструктуризацию коечной мощности Т. ЦРБ; провести текущий ремонт в терапевтическом отделении; получить лицензию на данный вид медицинской деятельности; просчитать и дать предложения по взаиморасчетам за оплату медицинской кардиологической помощи иногородним больным (г. Москва и Московская области). Только при выполнении всех требований, удовлетворяющим нормативам, возможно открытие и функционирование кардиологического межрайонного отделения. В целях ускоренного прохождения лицензирования МУЗ «Т. ЦРБ», министерство письмом обратится к руководителю управления Росздравнадзора по К. области. Ранее, в марте 2007 г., был аналогичный ответ (главврачу и главе администрации), в котором имелось такое замечание: «Только после всех условий министерство может рассматривать изменение тарифа за пролеченного больного в сторону увеличения. Одновременно возможно рассмотрение вопроса о 50% доле участия в приобретении самого необходимого медицинского оборудования для ЦРБ».

По поводу публикации в Российской газете: А была ли Голикова в больнице? Видела, как она «преобразилась»? Когда внедрена современная диагностика? И благодаря чему сократилась смертность в больнице? Благодаря диагностике, или лечению? Вообще смертность в ЦРБ, или «от сердца»? И сколько всего больных было госпитализировано за 2 года? А сколько человек в районе умерли дома? И кто покажет нам решение Министерства здравоохранения области об организации межрайонного отделения при ЦРБ в г. Т.? Выговор Министр уже получил... Но как писали — губернатор вступился за врачей: врачи победили в противостоянии с чиновниками «Врач-кардиолог М.О. (инициатор создания Межрайонного кардиологического центра в Т. районной больнице и основатель Общества помощи Т. больнице) встретился с губернатором А.А. Встречу инициировал сам губернатор». Встреча на высоком уровне не под-

## ИнтерНьюс

### Крем не отмажет от рака

Американские эксперты из Национального института рака получили новые данные, которые подвергают сомнению эффективность солнцезащитной косметики. Исследование, проведенное ими, показало, что каждый 8 лосьон не предотвращал действие солнца на кожу. Тем не менее большинство потребителей по-прежнему уверены, что использование солнцезащитного крема защищает их от вредного действия ультрафиолетовых лучей. Как убедились американские ученые, большинство средств от солнца не фильтруют ультрафиолет и не блокируют проникновение опасных лучей в кожу, а многие из таких кремов сами могут содержать токсичные компоненты. Неудивительно, что рак кожи активно молодеет. Это, кстати, характерно и для России, чьи граждане любят нежиться на пляжах Турции, Египта и Таиланда.

По данным ВОЗ, в мире ежегодно регистрируется около 132 тысяч случаев заболевания злокачественной меланомой и более 2 млн случаев других раковых заболеваний кожи. Каждый третий рак, диагностируемый во всем мире, является раком кожи. Большинство раков кожи развивается в результате чрезмерного воздействия ультрафиолетового излучения. Известно, что полученные в детстве солнечные ожоги повышают риск развития у меланомы в будущем.

Между тем, по социологическим опросам, до 35–40% населения в США и России отвечают положительно на вопрос, любят ли они жариться на солнце вплоть до темного оттенка кожи. Это значит, что они рискуют получить рак кожи. Лучи солнца могут превратить любую родинку в онкологическое заболевание. Исследователи Национального института рака США предполагают, что в этом году в стране будет идентифицировано более 1 млн новых случаев заболевания раком кожи. Во многом это объясняется тем, что реклама солнцезащитных средств вводит потребителей в заблуждение. Так, врачи-дерматологи скептически относятся к информации производителей кремов, обещающих защиту от солнца в течение всего дня. Средство придется каждые 2 часа заново наносить на кожу в зоне прямых солнечных лучей. Кроме того, предупреждают врачи, некоторые лекарства, например, антидепрессанты, антибиотики, противогрибковые препараты и противодиабетические лекарства, а также некоторые косметические средства делают кожу более подверженной ожогам. Об этом в инструкции по применению крема тоже ни слова. Зато, прочитав ее, можно прийти к выводу, что достаточно намазаться кремом с высоким фактором защиты — и можно валяться на пляже целый день.

Источник: gzt.ru

### Бизнес или жизнь

Итальянский предприниматель из Венеции устроил в Интернете распродажу собственных органов. Любому желающему может купить через Интернет его почку или часть печени.

Объявление, опубликованное на одном из WEB-сайтов, содержит следующий текст: «Продам предложившему наибольшую сумму за мою почку, легкое или часть печени. Я здоров, и мне 50 лет». СМИ вынесли эту историю на суд общественности, и итальянцу пришлось объяснять свое поведение. Бизнесмен заявил, что продает свои органы, чтобы выручить деньги, необходимые для продолжения коммерческой деятельности. Стоит отметить, что итальянское законодательство запрещает торговлю внутренностями. Однако потребность в донорских органах в мире столь высока, что мужчина вполне может заработать до 300 тысяч долларов.

Источник: Яндекс

### Полиморбидность в хирургии

Влияние полиморбидности на диагностику и исход в абдоминальной хирургии у пожилых изучены докторами Б. Брискиным и О. Ломидзе. На основании анализа результатов лечения 6310 больных продемонстрирована частота и характер сопутствующей патологии пациентов пожилого и старческого возраста, госпитализированных в хирургические отделения. Проанализированы результаты оперативного лечения пожилых больных, прослежена связь послеоперационных осложнений с наиболее частыми заболеваниями, формирующими полиморбидность. Морфофункциональные изменения при старении оказывают существенное, чаще отягчающее, влияние на течение основного заболевания, наиболее заметное в хирургии, что связано со спецификой и агрессивностью хирургического способа лечения.

Источник: Клиническая геронтология, 2008, № 4



## ИнтерНьюс

### Доказательность в борьбе с постхолестеринемическим синдромом

Постхолестеринемический синдром в хирургии острого холецистита у больных пожилого и старческого возраста изучен доктором В. Черновым. Им был разработан метод анкетирования, позволивший оценить отдаленные результаты хирургического лечения 423 больных острым холециститом пожилого и старческого возраста. Чувствительность метода в выявлении больных с истинным постхолестеринемическим синдромом составила  $96 \pm 3,6\%$ , специфичность —  $91 \pm 5,3\%$ . Проанализированы 13 вероятных факторов, 7 из которых показали статистически и клинически значимое увеличение риска плохих отдаленных результатов после операции при их наличии. Разработанный комплекс профилактических мероприятий позволил снизить число больных с истинным постхолестеринемическим синдромом в 2,4 раза (с 14,6 до 6,1%), уменьшить на 45,1% вероятность неудовлетворительных отдаленных результатов холестеринемии.

*Источник: Клиническая геронтология, 2008, № 4*

### Мотивация хирургам

По данным ВОЗ ежегодно в мире производится более 200 млн операций, и около миллиона смертей происходит по вине хирургов. Британские хирурги из государственных клиник будут получать премии, размер которых будет зависеть от числа спасенных жизней. Об этом сообщает газета Daily Telegraph. Подобная система мотивации вводится в стране впервые. Не все одинаково восприняли это новшество, ведущие хирурги опасаются, что после введения этой схемы врачи будут отказываться от сложных операций с непредсказуемым результатом.

*Источник: Радио «Маяк»*

### Как повысить качество медицинской помощи на практике

Доктор Н. Гончаров с коллегами в серии статей делятся опытом создания системы управления качеством в Центральной клинической больнице Российской Академии наук. На примере стандарта «Хроническая обструктивная болезнь легких» обсуждаются подходы к разработке стандартов организации на основе федеральных стандартов и протоколов ведения больных. Приводятся фрагменты разработанного стандарта, иллюстрирующие особенности структуры и содержания нормативного документа уровня медицинской организации. Также представлен опыт развития формулярной системы. Обсуждены результаты ABC- и VEN-анализов потребленных лекарственных средств до и после пересмотра формулярного перечня. После изменения категорий жизненной важности препаратов, входящих в формулярный перечень, ABC- и VEN-анализы показали необходимость мероприятий по совершенствованию использования лекарств. Перечислены документы, разработанные в рамках развития формулярной системы в ЦКБ РАН.

*Источник: Проблемы стандартизации в здравоохранении, 2008 № 4*

### Больные с муковисцидозом должны жить долго

Доктором Н. Капрановым обобщены современные подходы к ранней диагностике и ведению больных муковисцидозом. Приведены алгоритмы скрининга новорожденных на муковисцидоз и последующего ведения больных. Подчеркивается, что введение обязательного неонатального скрининга на муковисцидоз и включение дорогостоящего препарата дорназа альфа в перечень лекарственных средств, централизованно закупаемых за счет выделенных средств федерального бюджета, должно способствовать улучшению качества медицинской помощи больным с муковисцидозом.

*Источник: Проблемы стандартизации в здравоохранении, 2008 № 5*

*Начало на стр. 3, 4, 7, 8, 9*

тверждается официально. Так кто же «инициатор создания»? Врач, или главврач? Да неважно.

*Абстрактные рассуждения на диагностические темы — опускаем. Но вот конкретика:*

**А.О.** Тропонин мы определяем качественно экспресс-методом. В сомнительных случаях посылаем в удаленную лабораторию для количественного определения: это делается долго (сутки), но как Вы понимаете, решение о тромболитизе принимается без теста на тропонин. Я думаю, не стоит приводить в таком форуме профессиональные медицинские аргументы. Фотографии туалетов здесь смотрятся убедительнее. Бедному П.А. то кажется, что в районе вообще не нужно делать тромболитиз, то мерещатся позиционноэмиссионная томография и специализированная коагулологическая лаборатория. Оставьте, все эти разговоры просто не имеют никакого отношения к реальности.

**Л.А.** Что касается «убедительных» туалетов, то это вовсе не аргумент со стороны медиков — участников этой дискуссии, а мой — в ответ на то, как «преобразилась» больница с приходом И.О. на должность главврача в 2002 г. Снимки сделаны в октябре 2005 г. Это терапевтическое отделение, которое преобразилось в конце 2007 г. в кардиологическое, но не ее усилиями (а при ее попустительстве), и первый этаж — поликлиника, которая по сей день в том же состоянии.

**П.А.** Л.А., у меня впечатление, что граждане нашли себе головную боль... Я старался не делать личных выпадов, исключая ответы на прямое хамство. Обычно хамство в послании возникает тогда, когда человечкам нечем крыть. Обращает на себя внимание и нежелание отвечать на простые, но прямые вопросы — по статистическим показателям, на юридические и финансовые вопросы. Мне представляется очень полезным это обсуждение, так как в нем высвечиваются проблемы здравоохранения страны (или того, что от него осталось). Существует 3 системы менеджмента — административная, профессиональная и индустриальная. Сейчас к ней добавляется информационная. Так вот, профессиональная модель сливается с административной, тут все основывается на личности, на отдельных гениях, которые спасут мир. Это и цари, президенты, генсеки, и хорошие министры, главные врачи, просто замечательные врачи. Ставка — на них. Помните — из лагерей пытались писать Сталину, уверенные в том, что батюшка не в курсе, его обманывает окружение, и он прозреет и спасет. Сегодня мы знаем, что списки расстрельные он подписывал первым красным карандашом. Да и составлял их сам. Мы говорим, что административная и профессиональная системы управления должны уйти со сцены и поменяться на индустриально-информационную. Это — перспективы.

У меня всегда Т. ассоциировалась со 101 километром. Там в 50–60-е годы жило много известных людей. Потом — вроде рассосалось, но не мог этот наплыв пройти бесследно. Поэтому мне искренне жаль, что какая-то не совсем чистая история (какие-то фонды, увольнения, кварталы, лицензии, письма) коснулась этого местечка. Но я уверен, что там действительно не все так гладко, как пишут газеты. Российская газета — известно доподлинно — пишет разное, и нередко это далеко от истины (есть такой опыт). Так как приходилось сталкиваться с клеветой в газетах (однажды даже — на правах рекламы), у меня ощущение от статей во многих работающих по этому вопросу средствах массовой информации, как о продажных. Даже не могли мы несколько раз установить — работает ли в этой газете человек, чья подпись стоит под статьей. То есть — публикуется заказная анонимка, и подписывается несуществующей фамилией. Защититься от этой официальной газеты трудно, статьи в ней подобны статьям-передовицам Правды. Помните, — «Нельзя поступиться принципами» — и вся страна молчит 2 недели в шоке...

И последнее, насчет туалетов. Вроде я про них ничего не говорил, хотя не исключаю, что в Т. с канализацией плохо. Но действительно я всегда, когда говорю про качество медицинской помощи, напеваю: «Театр начинается с вешалки, а медицинская организация — с туалета. «А потому что грязь — есть грязь, в какой ты цвет ее не крась» (А.Галич).

**Л.А.** А надо защищаться. Потому что на «правду-матку» только похоже. Плохие чиновники — притча во языцех, кто не поверит? А ведь их нам в Т. навязали «хорошие» делеги — сначала через выборы, а потом через назначение. С их помощью обделали свои дела, а теперь изображают через прессу «караул! чиновники мешают работать!» Вы считаете, что районные больницы надо закрывать? Думаю, что не все, а некоторые. А почему они стали таковыми? А потому, что делеги давно решили их закрыть и приватизировать здания — как библиотеки, как школы, детские сады. Вот пришел черед и нашей больницы-поликлиники. Врачей НЕТ! Выжили. Которые остались, тоже сбегут, потому что... Соответственно, здание больницы надо пустить с молотка. Уже задел есть. Благотетели уже отремонтировали один этаж (хорошо, если не деньги отмыли).

К слову, по теме. 25.10.06 областная газета «Сельская медицина К. области обновляет оборудование: новое медицинское оборудование было получено Т. ЦРБ в рамках приоритетного национального проекта «Здравоохранение». Среди новинок — стационарный ультразвуковой аппарат и комплект лабораторного оборудования для сельской врачебной амбулатории. В ближайшее время по данной программе медицинские учреждения должны получить также два аппарата ЭКГ: шестиканальный — для Т. ЦРБ и трехканальный — для Л. сельской амбулатории. Для срочной пере-

возки тяжелых больных в К., С. и в Москву районная больница будет использовать новый автомобиль скорой медицинской помощи — реанимобиль, также полученный в рамках национального проекта. В оборудованном по последнему слову техники реанимобиле есть все необходимое для оказания экстренной помощи: дефибриллятор, наркозно-дыхательный аппарат и другое современное оборудование». В реанимобиле, как сказала главврач, возят теперь в К. не сердечников, а рожениц. Но он один, и, как старая единственная «скорая», будет, как обычно, занят, так что придется брать такси.

**С.** Меня вот всегда интересовало, что же движет такими «киллерами» медицины как Л.А. или упомянутый в этой теме г-н Саверский. Я понимаю П.А., он идею, теорию медико-экономическую отстаивает, но что движет Л.А. — неутраченным историографом сортиров, кто оплачивает любительскую фотогалерею юриста? И ведь не приходит ей в голову, что за сортиры лучше спросить не с врачей, а с «хозяина»... Неужели непонятно, что уйдут М.О. с А.О., и останутся жители в прямом смысле — «у разбитого сортира»... но с 6-канальным нацпроектным кардиографом.

**Л.А.** Вы это серьезно — про «киллеров» медицины? Чего это вдруг — уйдут? Из-за моей фотогалереи? Да она висит около 3 лет. А сколько говорено, написано в районе — про дырявые крыши, про разбитые дороги, про туалеты, про мусорники. И никто не «убит». Кстати, по условиям Контракта главврач «...самостоятельно решает вопросы, связанные... распределять средства на капитальный ремонт». А кто же нас слушает? Чем больше ругаем тех, кто за то и другое в ответе, тем выше и шире они расслаиваются.

**П.А.** Лягнуть Саверского — это отличиться. Тут с удовольствием — он врачей, гад, судит. Да он сделал больше для здравоохранения страны, чем вы все вместе взятые, написавшие сюда. Он заставил услышать голос не только профессионалов, пилящих вместе с чиновниками бюджет и закупуяющих оборудование — он заставил услышать голос больных. Никто из вас не удосужился сделать передачу против шарлатанов от медицины, чтобы ее смотрели миллионы — а он сделал. Ему все время больше всех надо. Доклад по медицинской помощи в уязвимых группах населения, может быть, вы написали? — нет, Саверский, Власов, Данишевский и др. Саверский помогает вам понять, что вы еще люди, а не только потребители денег, ресурсов и т. д. Смелые выискались...

Мы здесь обсуждаем проблемы организации здравоохранения, медицину доказательств в практическом ее применении, клиничко-экономический анализ. Поэтому я и задаю вопросы про статистику, про юридические и экономические проблемы центра. Но все остается не ясным. Не доказательно, как-то все на эмоциях. Помощь на уровне 60-х годов сильно отличалась от 70-х, так как в эти годы стали повсеместно появляться БИТы, мониторы на стенке. Но почему столько лет потратили на тромболитиз (да и сейчас его скорее нет, чем есть)? Никогда не задумывались. Ведь стрептокиназа далеко не свежий препарат. Мое мнение — не подтвержденное — что часто БИТ делали энтузиасты, они не стали частью системы здравоохранения. И — провалились. Сколько, вы думаете, процентов больных подвергается тромболитизу с инфарктом? — в соседнем с Т. регионе несколько лет назад мы изучали — ровно нуль. В Москве в скоромощной больнице — 1%. Это не вопрос энтузиазма — это вопрос системы, которую надо убедить и заставить работать на больных, а не на чиновников и отдельных специалистов. Я насозволиво спрашиваю — кто платит за приезд скорой из соседнего района в Т. Если никто, если вопрос не проработан — то везти не будут.

**С.О.** ...Представить себе участкового терапевта отечественного разлива, выписывающего правильные таблетки, могу только в соответствующем сне Веры Павловны. «Замечание про врачей первичного звена — они многому научились...» Хм... Спорное утверждение. Если хотите, могу загромоздить ссылками на ЭПОХА-ХСН, АТР, ДТП-ИМ и прочие отечественные достижения. В последнем из них (кстати, это Москва, где, вроде бы, считается, что все неплохо) аспирином в поликлиниках назначался 49% больных после ИМ, ИАПФ — 51,7%, бета-блокаторы — 55,1%.

**Л.А.** Пришлось вернуться... Здравств. **М.О.** написал «Оставьте П.А. и Л.А. одних... neither cast ye your pearls before swine» Но удалили уже. Russish Schwein — одна из «свиней» — надо давать ответы на конкретные вопросы коллеги, а не цитировать Библию на «ультрасовременном» английском. Стыд... Можно бы и извиниться, доктор!

Надо разработывать и исполнять стандарты профилактики инфаркта, инсульта. Надо направлять лиц из группы риска на обследование в Центры в плановом порядке, а не создавать под мутную статистику Центр для срочных случаев, при которых «пить боржомом» поздневат. Я лишь высказываю свое мнение, как простой пользователь этой помощи. Она оказалась недоступной, а больных в районе мало — это при самом массовом заболевании. И просто как гражданин, сужу о состоянии ЦРБ. Рожать у нас стало негде. Зубы лечить, зрение проверять — только в К. Ездить приходится далеко.

Здесь передернули, про таблетки... Кто же из Ваших коллег будет с спорить с таблетками? С моим диагнозом наш районный терапевт без особой аппаратуры вполне мог назначить мне эти медикаменты. Но не знал? Так надо именно учиться. Есть уже ученые? Хорошо, пусть работают, а не шумят на всю страну о том, как спасли за 2 года своими pearls Т., где живут swines.

**Г.** Насколько мне известно, за год в Т. происходит около 100 родов. Таким образом, содержать круглосуточную аку-



Начало на стр. 3, 4, 7, 8, 9, 10 ↗

шерскую помощь невыгодно (опять же утрата квалификации акушерками, как заметил П.А.). Роды, в отличие от инфаркта — менее экстренное состояние. Поэтому транспортировка роженицы в К. — вполне безопасна (от момента начала схваток до собственно родов проходит часов 6. Вполне вероятно, что есть смысл в создании межрайонного акушерского отделения в такой ситуации. Не мне судить. Вас, как жительницу района, на мой взгляд, должно радовать, что современная кардиологическая помощь стала доступнее. А Вы за макроэкономические показатели ратуете себе в убыток.

Л.А. Рожать должны и в отдаленных деревнях — с акушеркой, можно и врача вызвать. Что касается нашей ЦРБ, то 100 родов не так уж и мало. И сейчас количество родов увеличивается. У нас была одна врач-акушер, она же гинеколог. Она и кесарево делала. Так что нагрузки хватало. Каждые 3,6 дня — роды — мало? То есть постоянно — две роженицы в среднем. Можно было бы предусмотреть помощь и в патологических случаях. А реанимобиль — один на все про все. Если нет больницы, не будет школ и детских садов — то и населения не будет. Выезжают кто куда... Наверное, «центр» предназначен для дачной поры, для уважаемых гостей, так что «радоваться», возможно, буду современной кардиологической помощи, только когда инфаркт ударит.

**Пока вы спорили, друзья, сгорела наша колбаса.**

Л.А. **Новости.** Глава администрации Т. района («премьер-министр» — по контракту) подал в отставку, отставка принята. Из облцентра предложили (привезли) нам другого. Глава муниципального района («президент района» — председатель районного собрания депутатов) вместе с заместителем отстранены депутатами от должностей несколькими днями ранее. Главе выражено недоверие со стороны депутатов, хотят отозвать из депутатов. Оборудование для обследований находится в собственности Общества помощи, президентом и учредителем которого является врач М.О. Как депутаты догадались, что во всем виноват Глава района («президент»)??

П.А. За Вас попросили. Попросили оставить вас в покое с Т. Оставляю. Если кто не спровоцирует — про Т. ни слова. А то всплывает какая-то грязь, честное слово, не ради нее начинался разговор. Я представляю, какие кошки на душе у товарищей скребут, но не предполагал такого поворота темы. Надо научиться отвечать на вопросы, а не плескаться эмоциями, может быть всего и не выслушали бы, остались бы такими белыми и пушистыми. А так...

В нашей стране больные в основном покупают лекарства сами, а когда изучали сердечную недостаточность в цитируемых исследованиях многолетней давности — это был основной способ получить лекарства — ДЛО еще не работало (хотя и оно оплачивает предук-

тал, церебролизин, ноотропил и иже с ним в основном). Так вот, врач смотрит на кошелек пациента и не назначает ему то, что надо. И не только потому, что не знает, а потому, что пациент все равно не купит. Опять вопрос к системе, а не к врачам. С другой стороны — в 59 больницах изучали истории больных, и выяснили, что врачи этой весьма продвинутой клиники не назначают ИАПФ очень часто: они «жалели» женщин, мужчинам рекомендовали этот препарат чаще. Так, что не назначение не обязательно равно не знанию.

Р.У. (ерничая) в Т. случилось страшное: окончательно уволен глава местной администрации! Месяц напролет, истекая кадровой кровью, глава района Ю.Н. с группой бойцов держал оборону против распоясавшейся местной медицины, не желавшей делиться репутацией и благосостоянием. Для начала Ю.Н. уволил главврача, а в больницу подвезли УБОП с обыском, и в 2 минуты врачи, гордость Т, стали группой мошенников в особо крупных размерах. Это потом уж выяснилось, что никакого уголовного дела не было, а просто сам Ю.Н. попросил УБОП привести врачей в надлежащий трепет... Главврача И.О., однако, УБОПом не проняло, и она пробилась к губернатору, и песочные часы перевернулись, и песок посыпался уже из Ю.Н. Губернатор его уволил, а И.О., наоборот, оставил главврачом. Но глава района тоже оказался не пальцем деланный — ушел на больничный, лег в тину и притворился куском дерева. Отлежался и спустя пару недель снова — хватать И.О. за горло! Но теперь уже не хищения, шалишь! Теперь по-настоящему, по-нынешнему, с идеологическим составом преступления! В прошлую субботу депутаты законодательного собрания Т. района отказались восстановить на посту главного врача городской Т. больницы И.О., уволенную главой администрации. Как сообщил в своем блоге один из врачей больницы, на собрании депутаты обвиняли защитников лечебного учреждения в том, что они (цитирую) «ставят опыты на людях, готовят переворот и работают на ЦРУ».

Вот, другое дело! Давно пора было сказать народу правду: доктор М.О., доктор А.О. и главврач И.О. вшестеро снизили смертность от сердечно-сосудистых заболеваний по заданию ЦРУ! — и продолжали ставить эти опыты над ничего не подозревавшими жителями Т. По заданию ЦРУ был построен и новый кардиологический центр — циничнейшим образом, без копейки бюджетных денег, на средства спонсоров — причем главе района Ю.Н. и стае хладнокровных ЦРУ не предусматривало никакого отката! Тут-то, видать, чаша терпения и переполнилась...

Ну, да ладно. История, кажется, подошла к концу. Губернатор рыкнул, районные депутаты, забыв о прописках ЦРУ, послушно отправили Ю.Н. в отставку, больница снова работает нормально... Добро победило зло? Вроде как да. Как по другому поводу сказано у Гоголя: редко, но бывает! Стало быть, если навалиться

всем миром — от букеровского лауреата Улицкой до академика Ясина, с письмами в правительство и репортажами Рен-ТВ, то с третьего раза одного мелкого районного злодея одолеть можно! Конечно, неплохо было бы этого Ю.Н. посадить хоть ненадолго, чисто в наказание всем остальным российским начальникам, склонным решать свои политические проблемы посылкой УБОПа... А? Нет? Ну, хорошо, я не настаиваю. Будем считать хэппи-эндом и то, что есть.

«The Washington Post: Russian Hospital Finds Push for Progress Blocked Privately Funded Improvements Run Afoul of Local Bureaucracy T., Russia — When a new cardiac unit opened at the municipal hospital here last month, Russian Health Minister Tatyana Golikova sent a letter of congratulations, calling the new facility a «vivid example» of the medical community and private donors working together to improve the lives of ordinary Russians...»

П.А. Почему Вашингтонпост печатает статью про маленькую больничку в неприметном поселке? откуда такой интерес. Может, там рядом наукоград П., О., бывший закрытый город микробиологов, активно развивается отечественная фармпромышленность (Об.). И все — в непосредственной близости от городка Т. Ну не может не наводить все это на размышления... Или банально, хапнуть землицы, потом продадут — места-то хорошие. Простое рейдерство такое? Тоже — вариант. И почерк даже знаком...

Так чем все закончилось? Борьбой одного чиновника против другого? Как народ Т-ский — вышел поддержать замечательных врачей? Сказал им спасибо и поклонился в ножки московским варягам? Или это быдловатое население не поняло высоких порывов и материев? Или все обошлось лишь анонимкой в прессе, где главный фигурант пишет так, как видит, близко к истине, но слегка передергивая? (речь о публикации М.О., где он про население рассказывает, как оно не поняло своего счастья и НИКТО не поддержал самоотверженных врачей). Или одергивания из Вашингтона всем все объяснили: может там планируется база НАТО? Секретный полигон? И смех разбирает от всего, и грусть за наше общество, где не переводятся кликуши. Кризис жанра у сорокалетнего мужчины — дело известное. Тянет на подвиги — тоже все слышали. Кому бес в ребро, кому — в народ поход. Но почему о таком подвиге так широко нужно оповещать. Ведь и в других местах работают молодые нормальные врачи. Какое-то истерическое начало у всей этой истории, болезненная подоплека...

Честно говоря, девять десятых той гнусной помойки, вылившейся из уст молодых врачей, которые, видимо, считают себя уже солью земли, пришлось убрать. Иначе читать это все без чувства брезливости было невозможно. И того, что осталось, достаточно, чтобы оценить сущность. В писаниях МО, человека, делающего «литературу», проскакивает не только про русиш швайн, но и про юден фрай. Эти выражения в моем сознании накрепко связаны с фашизмом. Не могу обвинить, но, знаете, запах серы... В конце концов меня сравнили с апологетом сталинского режима, написали, что я вымогаю взятки и т.д. Все это делалось анонимно, как только возникла потребность «обнажить личико», тема как-то увядала. Честно говоря, непонятно до сих пор, почему вместо конструктивного диалога начались персональные обвинения. Если все честно и открыто — скажи об этом.

Но есть у этой истории и поучительное начало — иначе публикации она была бы недостойна. Удалось показать (а крыть было нечем) необходимость системных решений, кризис индивидуальных стезжков по Тришкиному кафтану. Писано про это — переписано, но большинство даже не задумается. А вот юрист, — не врач сразу ухватился тему. Спасибо всем неравнодушным...



**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.



П.А. Воробьев  
**ЛИХОРАДКА  
без диагноза**  
Издательство **НЬЮДИАМЕД**  
Москва 2008

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

**СНОВА! Как получить нашу газету? СНОВА!**

Заполните купон, и газета будет приходить к Вам. В газете публикуются материалы, статьи по важнейшим вопросам современной медицины, исторические очерки, прямая речь выдающихся врачей современности, информация о работе общества (расписания Пленарных заседаний, различных секций и приглашения для участия в секциях), отчеты о пленарных и секционных заседаниях.

Вы можете передать для внесения в базу данных сведения не только о себе, но и о своих друзьях — московских докторов, а также врачей из других регионов:

МОСКОВСКОЕ ГОРОДСКОЕ НАУЧНОЕ ОБЩЕСТВО ТЕРАПЕВТОВ			
Ф.И.О.	Почтовый адрес доставки (индекс обязательно)	Место работы	Должность
Контактный телефон:			E-mail:

Купон высылайте в конверте по адресу:  
**115446, Москва, Коломенский пр., д. 4, а/я 2, МТП Ньюдиамед. Газета высылается БЕСПЛАТНО**



Наткнувшись в инете на очередную медицинскую новость работы АМИ-ТАСС, я обычно немедленно выкидываю ее.

Но иногда с брезгливым любопытством все-таки открываю. Вот и вчера прочитал их заметку, в которой информацию первоисточника в очередной раз переврали особо извращенным способом:

**«Трезвенники рискуют заработать депрессию и ухудшить работу мозга»**

Полный отказ от спиртного сокращает способность мозга производить новые нейроны, замедляет процесс нейрогенеза (на общем фоне безграмотности АМИ-ТАССа вполне простителен такой пустяк, как незнание русского слова «нейрогенез» — ЗС), может повысить вероятность развития хронической депрессии. Причинную связь между алкогольным воздержанием и депрессией обнаружили ученые Университета Северной Каролины. (Окончание первого абзаца я перенес вниз для закручивания интриги — ЗС).

Исключение спиртного из жизни не приносит пользы организму, как многие думают, считают неврологи. По их словам, умеренное потребление алкогольных напитков — более разумный выбор для поддержания хорошего здоровья. Люди, которые максимально ограничивают питье алкоголя или вообще отказываются от него, имеют уменьшение числа нервных клеток в мозговой области под названием гиппокамп. Правильная работа гиппокампа критически важна для навыков изучения (твоя родной языком каким, а? — ЗС), памяти и регулирования настроения, объясняют американские врачи. Если мозг не способен образовывать новые нейроны, его функциональность снижается и, как следствие, появляются предпосылки для депрессии».

**ОБЩИЙ АНАЛИЗ О ПОЛЬЗЕ ПЬЯНСТВА**

Вам все ясно, товарищи? А теперь следите за рукой: вот он, временно отрезанный конец абзаца:

«Эксперимент проводился на лабораторных мышах, которые добровольно пили алкоголь в течение 28 дней, а затем были лишены этой возможности. Спустя 14 дней у грызунов отмечались начальные признаки снижения умственной функции и депрессивные симптомы».

То есть мышей сначала превращали если не в законченных алкоголиков, то в бытовых пьяниц, привыкших целый день ходить подшофе, а потом уstraивали им абстинентный сидром.

А вывод в пресс-релизе университета прямо перпендикулярный. Правда, пришлось пошарить по лентам новостей: на сайте просто The University of North Carolina о пользе пьянства ничего не сказано, и в University of North Carolina at Charlotte тоже, а у третьего из северокаролинских братьев-однофамильцев, University of North Carolina at Chapel Hill, нашлась заметка, которая вдохновила фантазию переводчика:

**UNC study ties ending moderate drinking to depression**  
Вкратце сообщение сводится к следующему:



Давно известно, что умеренное потребление алкоголя немного снижает вероятность заболеваний сердца, инсульта и некоторых форм рака. (Во всех статьях на эту тему вместо «умеренное» следует читать «гомеопатическое», особенно с российской точки зрения: 40 мл сорокаградусного, или стакан сухого, или пол-литра некрепкого пива в день — ЗС).

Авторы статьи, опубликованной в журнале Neuropsychopharmacology, показали, что абстинентный синдром при отказе от вошедшей в привычку ежедневной выпивки, даже в умеренных дозах, может привести к ухудшению состояния здоровья, включая депрессию и снижение способности стволовых клеток мозга формировать новые нейроны.

Прием антидепрессантов в течение первых 2 недель воздержания предотвращает развитие депрессии и восстанавливает процесс нейрогенеза.

То, что антидепрессанты облегчают страдания завязывающих алкоголиков — это банальность, а суть работы в том, что авторы показали возможный механизм их действия при лечении абстинентного синдрома. И ни слова ни о том, что ученые рекомендуют поддавать в меру и ни в коем случае не бросать, ни о том, что люди непьющие или ограничивающие свои алкогольные потребности «имеют уменьшение числа нервных клеток в мозговой области».

Да и не могу сказать такую чушь ни руководитель исследования, профессор психиатрии и фармакологии Клайд Ходж (Clyde W. Hodge), ни кто-нибудь из его многочисленных соавторов. Скорее всего, это личное мнение переводчика. И я даже почти уверен, что угадал, на чем оно основано.

*Здоровый Скептик Портал «Вечная молодость»*  
[www.vechnayamolodost.ru](http://www.vechnayamolodost.ru)

**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»

**Медицинские книги издательства «НЬЮДИАМЕД»**

- ПРОТОКОЛ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ. БОЛЕЗНЬ ПАРКИНСОНА** 2006 г., 184 стр., м.о.
- Под ред. Новодворной В.Ф., Воробьева П.А. ТОЛКОВЫЙ АНГЛО-РУССКИЙ СЛОВАРЬ терминов, используемых в гематологии и иммунологии** 2006 г., 154 с., м.о.
- П.А. Воробьев. ЛИХОРАДКА БЕЗ ДИАГНОЗА** 2008 г., 80 стр., м.о.
- Под ред. Воробьева П.А. СПРАВОЧНИК ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ФОРМУЛЯРНОГО КОМИТЕТА** 3 издание 2007 г., 668 с., т. п.
- Под ред. Воробьева П.А. СПРАВОЧНИК ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ФОРМУЛЯРНОГО КОМИТЕТА** 3 издание 2007 г., CD
- Андреев Ю.Н. МНОГОКЛОННАЯ ГЕМОФИЛИЯ** 2006 г., 232 с., т. п.
- Под ред. Воробьева А.И. ОЧЕРКИ ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ ТРАНСФУЗИОЛОГИИ** 2006 г., 632 с., т. п.
- Горохова 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., т.п.
- Под ред. Воробьева П.А. ГЕРИАТРИЯ В ЛЕКЦИЯХ** том 1, 2002 г., 440 с., т.п. том 2, 2005 г., 470 с., т. п.
- ПРОТОКОЛ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ «ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ»** 2005 г., 76 с., м. о.
- Под ред. А.И. Воробьева РУКОВОДСТВО ПО ГЕМАТОЛОГИИ** 4-е изд., 1-3 тт (с приложениями) 2007 г., 1275 с. с илл., т. п.
- Под ред. П.А. Воробьева КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ (ОЦЕНКА, ВЫБОР МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ И УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ)** 2008 г., 792 стр., т.п.
- СТАНДАРТИЗАЦИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ** Архив журнала «Проблемы стандартизации в здравоохранении» 1999-2005 гг. 2007 г., 430 с., т. п.
- Под ред. П.А. Воробьева СБОРНИК ПРАВОВЫХ И НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ ТРАНСФУЗИОЛОГИИ** 2004 г., 540 с., т. п.
- В.В. Цурко ОСТЕОАРТРОЗ: ПРОБЛЕМА ГЕРАТРИИ** 2004 г., 136 с., т. п.
- СТАНДАРТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ** 2004-2006 г. CD.
- НОМЕНКЛАТУРА РАБОТ И УСЛУГ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ** 2004 г. CD.
- ПРОТОКОЛ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ. ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИХ И ДРУГИХ ИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ** 2004 г., 64 с., м. о.
- П.А. Воробьев-Рыбоникова ГЛАВЫ ИЗ СЕМЕЙНОГО РОМАНА** 2003 г., 228 с., т. п.
- СБОРНИК ДОКУМЕНТОВ СИСТЕМЫ СТАНДАРТИЗАЦИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ** 2003 г., CD.
- П.А. Воробьев АНЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ** 2001 г., 168 с., т. п.
- Под ред. П.А. Воробьева ЛАБОРАТОРНАЯ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА. СПУТНИК ИНТЕРНИСТА** 2001 г., 288 с., т. п., м.о.
- Б.В. Петровский ГЕРОНИЗМ, ДРАМАТИЗМ И ОПТИМИЗМ МЕДИЦИНЫ** 2001 г., 200 с., т. п.
- Под ред. А.И. Воробьева, А.М.Кременецкой АТЛАС. ОПУХОЛИ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ** 2007 г., 294 с. с илл., т. п.
- Под ред. Л.М. Горюховского ИЗБРАННЫЕ ГЛАВЫ. ГЕРИАТРИЧЕСКОЕ УРОЛОГИИ** 2000 г., 362 с., т. п.
- Б.П. Боголюбов ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ: НЕОТЛОЖНАЯ ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА** 2007 г., 653 с., т. 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., Губина Д.И., Гусева Н.Г., Дворецкий Л.И., Емельяненко В.М., Зайратьянц О.В., Заславская Р.М., Иванов Г.Г., Ивашкин В.Т., Кактурский Л.В., Калинин А.В., Калыев А.В., Клопов В.М., Комаров Ф.И., Лазебник Л.Б., Лысенко Л.В., Маколин В.И., Мартынов И.В., Михайлов А.А., Моисеев В.С., Мухин Н.А., Насонов Е.Л., Насонова В.А., Ноциков В.Е., Палеев Н.Р., Пальцев М.А., Парфенов В.А., Погужева А.В., Покровский А.В., Покровский В.И., Потехин Н.П., Раков А.Л., Савенков М.П., Савченко В.Г., Сандриков В.А., Симоненко В.Б., Синопальников А.И., Смоленский В.С., Сыркин А.Л., Тюрин В.П., Хазанов А.И., Цурко В.В., Чазов Е.И., Чучалин А.Г., Шлектор А.В., Юцук Н.Д., Яковлев В.В.

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 **б**