



Я человек в медицине абсолютно случайный и в педиатрии случайный, да и в ревматологии тоже. Я из гуманитарной семьи, мои родители были журналистами, работали в Агентстве печати и новостей, я закончила английскую спецшколу. Никаких предпосылок для того чтобы стать врачом не было, планировала языками заниматься. После 9-го класса у меня состоялся разговор с одной уважаемой мной доктором, другом семьи, которая сказала, что «язык — это не профессия, давай-ка ты будешь врачом, по крайней мере, на кусок хлеба будет». Это был 79-й год, тогда это было уже актуально. Ну, раз умный человек говорит, что надо быть врачом, значит, буду врачом.

Никаких познаний ни в области физики, ни в области химии у меня не было. Родители наняли репетиторов, я старалась, хотя нелюбовь к точным наукам побороть не удалось, ни до института, ни в процессе обучения в нем. Меня поднатаскали, я хорошо сдала вступительные экзамены на лечебный факультет в Первый медицинский. Я хорошо училась в институте, но мы же с вами знаем, что оценки — это одно, а знания в голове — это совсем другое. На первых курсах никакого ощущения «мое это или не мое» не было, учиться — так учиться как следует. Я была отличницей, и не могу сказать, что это требовало невероятных усилий.

В педиатрию я не то что не собиралась, более того, когда мы ее проходили, мне было мало интересно. А в институте я отлично и с удовольствием училась на терапии. Преподавал нам на факультетской терапии Баженов младший (Николай Николаевич), мы его называли «ученый малый, но педант», а на госпитальной — профессор Сучков. На экзамене по факультетской терапии меня Абрам Львович Сыркин наказал за подсказки, я сидела и надиктовывала ответы на билеты одногруппникам, в результате получила 4, хотя отлично была подготовлена. А с 3-го курса я ходила на кружок по патофизиологии, ставили эксперименты. Я оперировала на открытом сердце у крыс: ваяли транзиторную коронарную недостаточность. На работающем крысином сердце довольно трудно оперировать. Мне очень нравилась патофизиология, и очень нравился научный руководитель, который впоследствии, через несколько лет, стал моим мужем. А на тот момент он сказал: «Катюша, Вам нужно идти в клинику».

Он считал, что патофизиология для меня бесперспективна и мне нужна клиника, а не чистая наука. И он оказался прав. На дворе 85-й год, мне абсолютно все равно, каким врачом становиться: зачетка с отличными оценками. Та самая родительская хорошая приятельница, которая меня лечила, когда я была маленькой девочкой, решила и мою дальнейшую судьбу. Мама ей позвонила, что посоветоваться, она приехала к нам и спросила у меня: «А что ты вообще-то хочешь?» Я сказала, что мне все равно, но что-то ближе к терапии, кардиологии. На кардиологию в ординатуру попасть было невозможно, это даже не обсуждалось. И она мне говорит: «Будешь педиатром». Ну, надо педиатром, значит, буду педиатром. Пошла я на 6-м курсе на кружок по детским болезням и в субординатуру по педиатрии, а потом и в ординатуру по детским болезням.

Обучение терапии и патофизиологии на лечфаке мне дало очень много. Закончила я ординатуру в такой же растерянности и без четких желаний. И снова эта подруга семьи и, по сути, моя крестная мама в медицине направляла меня в жизни. Она была и остается известным детским ревматологом, работала на кафедре, руководила и продолжает руководить детским отделением, которое занимается ювенильным ревматоидным артритом. Я, когда была маленькой девочкой, даже лежала там. В ординатуре я поучилась в разных отделениях, ну и естественно задержалась в ревматологии.

Я себя по-прежнему не считаю настоящим, истинным педиатром, педиатр должен заканчивать педиатрический факультет. Когда говорят педиатры, я обычно помалкиваю и слушаю, зато, когда говорят ревматологи, мне есть что сказать. Я детский ревматолог и в более широком смысле терапевт. Потому что терапевтическая школа Московской медицинской академии дает потрясающую базу.

Потом я вышла замуж, у меня родился ребенок, это был как раз конец ординатуры. Я год и 4 месяца отсидела в декрете и по выходе поступила в аспирантуру в ревматологическое отделение. И тут что-то со мной

ПРЯМАЯ РЕЧЬ

произошло. Мне предложили тему по метотрексату, он тогда только «пришел» в ревматологию. Оказалось, что метотрексат собираются давать российский, видимо, тогда уже во мне было настороженное отношение к российской фармации. Я начала поиски импортного метотрексата. Я развивала бешеную активность, атаковала фармкомитет, убила на это первый год аспирантуры, препарат так и не выбила. Кормить детей российским метотрексатом я категорически отказалась. И ко-

тяжелой иммуносупрессии солидный. Я и сейчас нахожусь в некоем романтизме, в ревматологии фантастическая эра — сегодня мы можем лечить так, как никогда не могли лечить! Мы лечили НПВСами и гормонами — это было ужасно, да и по сей день в регионах детей уродуют, как мы ни боремся.

Я познакомилась с представителем компании «Сандоз», производящей циклоспорин. Мое начальное гуманитарное образование не прошло зря, даром убеждения я обладаю: я очень долго ему в красках рассказывала, что у нас нечем лечить детей. Он сказал, что даст, на 3 больных, я еще порассказывала — и он дал на 13. Мы тогда получили сумасшедший эффект, он и по сей день сохраняется. У детей с асептическим некрозом тазобедренных суставов восстанавливались суставы. Тогда это был фурор. Сейчас первому мальчику, получившему циклоспорин, 25 лет, у него родилась здоровенькая дочка. В чем меня только за это время не обвиняли, и что я снимки фальсифицирую, потому что этого не может быть, потому что не может быть никогда. Мне было наплевать, я знала, что мы правы, что за этим мальчиком появился другой мальчик и потом еще десятки мальчиков и девочек, у меня все заснято и задокументировано. Я стала каждый год ездить на конгресс ревматологов, слушать, смотреть, что делают другие, показывать наши результаты, поскольку во многом мы были одними из первых.

Сказать, что кто-то чей-то опыт копирует, нельзя. Очень разные реалии у всех. Препарат ведь можно взять на клиническое испытание и «закопать», полностью дискредитировать и больше никогда препарат не поднимется, а можно его поднять, если правильно использовать по назначению. Я знаю, кого и чем лечить, я чувствую больных. Мое отделение, ревматология — это моя жизнь. Мало того, что я тут большую часть суток нахожусь, так я продолжаю думать и ночью. Иногда среди ночи просыпаешься с какой-то идеей и садишься записывать на кухне — так я написала одной аспирантке всю аннотацию ее исследования. У нас ведь очень тяжелые больные, я всегда жила на телефонной трубке.

После циклоспорина пришла идея комбинации циклоспорина с метотрексатом. Потом появился внутривенный иммуноглобулин, тоже отработывали идеи, постепенно родилась схема, позволяющая достигать результатов без применения перорального преднизолона. Потом родились принципы патогенетической терапии ревматоидного артрита, которые вылились в докторскую диссертацию и монографию. Хотя докторскую я писать не планировала. Это меня муж подвинул, почитав мои рассуждения и статьи. Муж очень много сделал в моей жизни, в том числе и научной. Он гениальный человек, я так и говорю, что он родился академиком: ленинский стипендиат, красный диплом и т. д. Он дал мне толчок, читал, правил все мои труды. Диссертация получилась красивая, а главное, нужная. Я защитила ее в 2000 г., став самым молодым доктором за все время существования кафедры детских болезней. Не буду рассказывать, чего мне это стоило, поскольку вы сами знаете, успех не прощается. В 38 лет я стала профессором, это был прецедент.

В конце девяностых, начале двухтысячного я на конгрессе услышала про биологические агенты. И засверкало ярким светом название препарата инфликсимаб. У меня просто слюни потекли, так захотелось. Тогда я думала, что никогда в жизни не смогу даже подержать в руках этот препарат, цена была заоблачной. Я добилась, что академия стала покупать дорогой циклоспорин, это были бои. Слава Богу, администрация клинического центра шла навстречу, прекрасно понимая, что я болела и просила не за себя. Я очень старалась, и академия стала закупать иммуноглобулин.

Специальность «кардиоревматология» ликвидировали в 1999 г., потому что с ревматизмом вроде справились, врожденными пороками кардиологи занимаются. Ревматизма стало меньше, а вот проблема аутоиммун-



Е. Алексеева

гда меня спросили, а чем бы я хотела заниматься, меня понесло — я предложила иглорефлексотерапию, и меня отпустило учиться акупунктуре.

Иглорефлексотерапию я стала использовать в терапии артритов, это и стало темой кандидатской. Я денно и ночью возилась с детишками и их опухшими коленками, спасала их от пункций и гормонов, это было не просто набрать группу, которая будет получать только иглорефлексотерапию. На каждого ребенка каждый день уходило не меньше часа. Иглорефлексотерапия — это ведь из совсем другой философии медицины, совсем другое понимание болезни. Дети балдели от всех этих манипуляций, спали, летали, какие-то грезы, боль отступает. Иглы — это великая вещь, если ими умело пользоваться. Детки начали выздоравливать, результат был потрясающий, стойкая ремиссия, правда, потом они разделились на 2 группы: позже, проанализировав, я поняла, что выздоравливали дети с реактивным артритом, у них на глазах уходила жидкость из суставов. Терапия была ужасно утомительной для меня, я болела, было ощущение, что я свою энергию отдавала этим детям.

У иглорефлексотерапевтов, так же как у психотерапевтов должна быть отработана защита, чтобы не отдавать энергию пациентам, чтобы не забирать их боль на себя. Я, к сожалению, этой защите не была обучена. Но результаты были действительно потрясающие, мы деток фотографировали до и после лечения, делали термографию, смотрели кровь, все это задокументировано. Я успешно защитилась, еще меня на 5 лет иглорефлексотерапии хватило, а потом я окончательно устала. Поняла, что у меня больше не получится. И к этому времени меня больше стали интересовать другие вещи.

В 1993 г. я в первый раз попала на всемирный конгресс ревматологов. Сказать, что это был шок — ничего не сказать. Я поняла, что мы живем в прошлом веке: перед глазами стояли наши дети, изуродованные гормонами. Я поняла, что мир другой и живет по-другому. И меня понесло по-другому. Тогда только появился циклоспорин, был просто циклоспориновый бум. Он пришел из трансплантологии. Мы были первыми, кто вложил в рот ребенку с ревматоидным артритом циклоспорин. Трудно описать ощущения при этом. Конечно, не берешь анализы каждые 15 минут, но находишься в постоянном напряжении, ждешь эффекта, не зная, когда он наступит. Крен, конечно, от акупунктуры к

ИнтерНьюс

Открытия должны быть общедоступны

Преподаватели Гарвардского университета приняли решение, обязывающее их после опубликования научных сообщений в журналах делать эти статьи общедоступными в бесплатном депозитарии в Интернете. До настоящего времени университеты США не вмешивались активно в практику передачи учеными прав на статьи редакциям журналов. После того как Национальный институт здоровья США стал требовать помещения в открытый доступ статей с отчетами об исследованиях, выполненных на гранты этой организации, начинается пересмотр практики передачи авторами прав журналам.

Источник: «Доказательная медицина и клиническая эпидемиология», 2008, № 2

Опять реорганизация. Звучит призыв закрыть науку

В ближайшие годы российскую научную школу и сферу профессионального образования ждет серьезная реорганизация. Об этом заявил министр образования и науки РФ Андрей Фурсенко на I Международном инновационном форуме в Санкт-Петербурге. «Мы имеем не самое эффективное образование в стране и не самую результативную науку», — считает Андрей Фурсенко. По его мнению, «не все научно-образовательные структуры и университетские центры соответствуют мировым стандартам, отвечают вызовам рыночной стратегии XXI века». Предстоящая модернизация научно-образовательной отрасли, по словам министра, будет предпринята отнюдь не за счет административного ресурса — это требование вузовского сообщества. Она коснется в первую очередь оценки качества подготовки студентов и качества научных исследований. Критериями такой оценки станут результативность, конкурентоспособность и уровень использования инноваций научными и педагогическими коллективами. «На основе этого мы должны через 3—4 года иметь принципиально другое видение высшей школы России», — подчеркнул Андрей Фурсенко. — Те из учебно-педагогических и исследовательских центров, которые не в состоянии выйти на уровень требований мировых стандартов XXI века, будут определены как несостоятельные и прекратят существование».

Источник: rost.ru

Лысый дед — лысый внук

От потери волос в возрасте до 45 лет страдают около трети мужчин. Согласно оценкам ученых, более 80% этих случаев вызвано генетическими причинами. Б. Ричардс из Университета Макгилла обнаружил ген мужского облысения. Ранее ученые обнаружили ген облысения, который передается по материнской линии. Он находится в X-хромосоме, которую мужчина получает от матери. Теперь сразу две группы ученых обнаружили другой ген облысения, способный передаваться по мужской линии, от отца к сыну. Он расположен в 20-й хромосоме и увеличивает вероятность облысения у мужчин в семь раз. Если же мужчина имеет оба гена, в X-хромосоме и в 20-й хромосоме, то вероятность облысения увеличивается в 14 раз. По словам авторов исследования, знание генетики облысения поможет создать в будущем эффективные средства сохранения волос.

Источник: Nature Genetics

А был ли мальчик?

Обычно появление СПИДа относят к 60-м годам XX века. Однако выясняется, что вирус СПИДа появился еще в XIX веке. Новое исследование ученых говорит о том, что вирус СПИДа начал распространяться среди людей между 1884 и 1924 гг., когда на западе Центральной Африки стали возникать города. Таким образом, СПИД появился на несколько десятилетий раньше предыдущей предполагаемой даты его возникновения, 1930 года.

Источник: ФАКТNEWS

Жизнь станет лучше...

В 2009 году зарплата московских бюджетников будет повышаться трижды. Как сообщили в столичной мэрии, в городской закон «Об оплате труда работников государственных учреждений Москвы» внесены изменения, согласно которым минимальная заработная плата бюджетников с 1 января следующего года составит 5420 рублей, с 1 мая — 5 855, а с 1 сентября — 6325 рублей. Сейчас месячный минимальный оклад госслужащего составляет 5020 руб., а, например, ставка высшего, 18-го — 22 590 рублей. Последний раз зарплата бюджетников Москвы повышалась в сентябре 2008 года.

Источник: АМИ-ТАСС

СВЕТСКАЯ ХРОНИКА

В работе Установочной конференции Профессиональной Службы по редким заболеваниям Южного федерального округа приняли участие зам. председателя Форумного комитета РАМН, координатор Профессиональной Службы по редким заболеваниям нозологиям Форумного комитета РАМН профессор П.А. Воробьев, региональный представитель Форумного комитета РАМН в Ставрополе профессор В.А. Батулин, член комиссии клинической фармакологии Форумного комитета РАМН, профессор М.В. Авксентьева, зав. лабораторией стандартизации в здравоохранении НИИ ОЗиУЗ ММА им. И.М. Сеченова

Д.В. Лукьянцева, ответственный секретарь Профессиональной Службы по редким заболеваниям нозологиям Форумного комитета РАМН О.В. Борисенко, главные специалисты Министерства здравоохранения Ставропольского края (акушер-гинеколог, невролог, нефролог, пульмонолог), врачи, провизоры, представители организаций пациентов (филиалы Всероссийского общества гемофилии в Ставропольском крае, Карачаево-Черкесской Республике, Республике Дагестан, представитель сообщества больных с трансплантированными органами, Ассоциация родителей детей, страдающих муковисцидозом, Е.В. Гольберг — председатель Санкт-Петербургского общества больных эпилепсией и онкогематологическими заболеваниями). Участники установочной конференции приняли решение о целесообразности организации Южного окружного филиала Профессиональной Службы по редким заболеваниям нозологиям Форумного комитета РАМН.

Координатором Южного окружного филиала выбран Дейнеко Александр Олегович. В месячный срок необходимо включить представителей пациентских организаций в состав филиала, главных специалистов, специалистов, работающих в этой области из регионов Южного федерального округа. Волонтерскую поддержку работы филиала будет оказывать Ставропольский студенческий филиал МО «Общество фармакоэкономических исследований».

Основными задачами организации филиала являются взаимодействие между органами исполнительной и законодательной власти, специалистами и обществами пациентов по вопросам, связанным с оказанием медицинской помощи больным с редкими заболеваниями; общественный мониторинг ситуации с оказанием медицинской помощи, в том числе лекарственной помощи по федеральным и региональным программам; участие в разработке целевых программ медицинской и социальной помощи при редких заболеваниях; участие в разработке стандартов медицинской помощи и протоколов ведения больных с редкими заболеваниями; участие в ведении регистров больных с редкими заболеваниями; оценка эффективности программ медицинской помощи больным с редкими заболеваниями; участие во внедрении стандартов, протоколов ведения больных, пособий для пациентов с редкими заболеваниями; организация, проведение или участие в проведении образовательных мероприятий по редким заболеваниям, школ пациентов; организационно-методическая помощь

в работе организаций пациентов с редкими заболеваниями; ежеквартальный отчет перед Профессиональной Службой Форумного комитета РАМН по установленной форме.

Участники конференции отмечают необходимость создания общественного фонда поддержки больных редкими заболеваниями для оказания помощи больным редкими заболеваниями,

для которых лекарственные препараты не включены в программы государственного финансирования, для экстренного обеспечения лекарствами конкретных больных. Поручить руководству филиала Профессиональной Службы разработку данного вопроса.

Участники конференции отмечают положительный опыт Ставропольского края по организации мониторинга концентрации лекарственных средств в крови для пациентов с эпилепсией, онкогематологическими заболеваниями, больных, перенесших трансплантацию органов и тканей. Необходимо распространение опыта на все субъекты Южного федерального округа, что будет способствовать развитию службы клинической фармакологии.

На сегодняшний день в крае, как и во всей стране, сложилась катастрофическая ситуация с лекар-

ственным обеспечением больных мукополисахаридозом. Имеются зарегистрированные лекарственные средства для лечения больных 1-го и 2-го типов мукополисахаридоза, лекарство является жизненно важным, однако оно не доступно для больных (всего около 100 пациентов в России). В Ставропольском крае зарегистрировано 4 ребенка, страдающих мукополисахаридозом, лекарства они не получают. Особенно критично ситуация складывается по одному ребенку, достигшему 8-летнего возраста, не имеющему психических отклонений. Дальнейшая жизнь девочки зависит от начала лечения. Местным органам исполнительной власти необходимо принять экстренные меры по выделению целевых средств для финансирования лечения этого ребенка.

В Ставропольском крае и в целом Южном федеральном округе наблюдается слабая консолидация пациентов. Необходимо развивать пациентское движение в регионе, перенимать опыт ведущих российских обществ пациентов.

Необходимо совершенствование логистики доставки лекарств для пациентов, страдающих редкими (подчас инвалидизирующими) заболеваниями. Недопустимо организовывать выдачу лекарств только в 3 географических точках края. Ежемесячные поездки за лекарствами за несколько сотен километров для пациентов с поражением суставов, центральной нервной системы являются невыполнимыми.

Необходимо разобраться с ситуацией по обеспечению больных редкими заболеваниями лекарствами по программе ДЛЮ: многие рецепты не принимаются, находятся на отложенном обслуживании и др.

Необходимо обратить внимание на детей, находящихся на длительном лечении в туберкулезных диспансерах. Отмечены случаи, когда дети, получающие противотуберкулезное лечение, страдали на самом деле муковисцидозом.

Участники конференции считают целесообразным создать совет пациентских организаций при Министерстве здравоохранения Ставропольского края.

РЕЗОЛЮЦИЯ

Установочной конференции

«Профессиональная Служба по редким заболеваниям Южного федерального округа»

24 октября 2008 года, г. Ставрополь



АНТИРЕКЛАМА

примесью меламина стал причиной болезней и гибели нескольких тысяч кошек, собак и других домашних питомцев. Меламин добавляется в продукты для имитации высокого содержания белка. Дело в том, что стандартные тесты на наличие белка основаны на выявлении аминокислот. Небольшая молекула меламина содержит три аминокислоты, поэтому незначительная примесь этого соединения способна создать иллюзию высокой пищевой ценности продукта. Китайские правоохранительные органы достаточно оперативно выяснили, каким образом меламин попал в детское питание. Согласно рабочей версии следствия, в этом виновны фермеры, поставившие коровье молоко на предприятия Sanlu. По-видимому, они подмешивали меламин в молоко, которое до этого разбавляли водой. Министерство здравоохранения Китая заявило о начале общенационального расследования причин случившегося. Тем временем на заводе Sanlu Group изъято более 700 тонн опасного детского питания, продукцию Sanlu изымают из тысяч китайских магазинов. Американское Управление по контролю за продуктами и лекарствами заявило о том, что детское питание Sanlu никогда не поставлялось в США. Тем не менее управление не исключает возможности появления опасного товара в магазинах китайских кварталов. Помимо опасного корма для животных китайским производителям в прошлом году инкриминировались поставки в целый ряд стран отравленных пестицидами пельменей, ядовитых игрушек и токсичной зубной пасты. На этот раз Министерство здравоохранения Китая пообещало незамедлительно информировать ВОЗ о ходе расследования и сурово наказать всех виновных.

Поставки молочных продуктов и смесей из Китая прекращены в Россию и многие другие страны. Однако, может быть, нужно прекратить вскармливание детей смесями вместо естественного кормления грудью. И полезнее, и безопаснее и физиологичнее. Доступность смесей делает грудное вскармливание все более редким.

Источник: medportal.ru, собственные данные

Яд для младенцев

В Китае продолжает расти число младенцев, пострадавших в результате употребления в пищу некачественного заменителя грудного молока. По последним данным, дети в возрасте до полутора лет с камнями в почках поступают в медицинские учреждения в 9 провинциях страны. Первые случаи заболевания были зафиксированы в китайской провинции Ганьсу. Начиная с последних чисел июля в военный госпиталь административного центра Ганьсу Ланьчжоу было доставлено 14 детей — у всех были обнаружены камни в почках. Поскольку младенцев кормили одной и той же молочной смесью — заменителем грудного молока производства компании Sanlu Group — у медиков возникли подозрения, что заболевание связано с некачественным детским питанием. От вызывающей камни в почках молочной смеси пострадали более 200 китайских детей. После первых новостей о вспышке мочекаменной болезни в Ганьсу, аналогичные сообщения начали поступать и из других регионов. Сейчас случаи заболевания, предположительно связанные с некачественной молочной смесью, выявлены в 9 провинциях Китая. Точных данных о пострадавших нет. Власти Ганьсу сообщили о 59 больных детях, один из которых скончался. Компания Sanlu, являющаяся одним из ведущих производителей молочных продуктов в Китае, первоначально заявила о непричастности к заболеваниям, но спустя ей пришлось признать, что вредоносное детское питание действительно было изготовлено на ее заводах. Проведенные анализы показали наличие в молочной смеси Sanlu химического вещества меламина. Это соединение широко используется в химической промышленности при производстве огнеупорных полимеров. Подмешивание меламина в продукты питания и корма для животных — довольно распространенная практика в Китае. Именно с ней был связан крупный скандал, разразившийся в прошлом году в США, Новой Зеландии, Австралии и в целом ряде других стран. Тогда китайский корм с

Начало на стр. 1 ↗

ных заболеваний не решена. Острее всего стоит проблема ревматоидного артрита. Кардиоревматологов ликвидировали, и про аутоиммунную патологию все забыли, сделали вид, что проблемы нет, больные были брошены на произвол судьбы, никто в этом не разбирался. Были, конечно, центры: НИИ ревматологии РАМН и Клиника детских болезней ММА им. И.М. Сеченова. Но это в Москве. Детской ревматологии никто не обучал, специалистов были единицы на всю страну. Я пришла к Александру Александровичу Баранову, он тогда заведовал кафедрой детских болезней ММА им. И.М. Сеченова, на дворе был 2003 год. Я его спросила, не стоит ли на детскую ревматологию внимание обратить. Он это одобрил и сказал, что на очередном конгрессе педиатров нужно сделать доклад о состоянии проблемы. Мы позвонили в Минздрав, чтобы узнать, кто в курсе, оказалось, что никто. Это про пороки все знают, а про ревматоидный артрит никто. Сели в статотделе Минздрава и начали по регионам собирать данные. Мы собрали всю статистику, проанализировали, провели социологическое исследование. Это был эпохальный доклад о проблемах ревматических болезней у детей на территории РФ, мы его сделали в



январе 2003 г. на конгрессе педиатров. Но этого было недостаточно, на детскую ревматологию по-прежнему никто не обращал внимания, не было никаких конференций, семинаров, школ. Я стала обсуждать это с Александром Александровичем. Он предложил мне составить программу по детской ревматологии на три дня, пообещал выделить зал. Я привлекла весь коллектив кафедры, сотрудников детского отделения Института ревматологии, и мы фактически первый раз в течение трех дней говорили только о детской ревматологии в рамках Конгресса педиатров России. Мы три дня по 6 часов учили врачей. Аншлаг был все три дня, люди стоя слушали. После этого мы с Александром Александровичем Барановым пошли в детский департамент Минздрава с разговором о необходимости введения должности главного детского ревматолога, с нами пошли Валентина Александровна и Евгений Львович Насоновы, которые поддержали нас. Так я стала главным детским ревматологом. В ноябре 2003 г. по нашей инициативе была проведена первая в истории коллегия Минздрава по ревматическим болезням у детей. При кафедре Е.Л. Насонова мы создали курс детской ревматологии, который я возглавила. Полетела по стране вместе со своими сотрудниками: обучать, лечить, вывозить тяжелых детей. Все так хорошо складывалось — и тут в марте 2004 г. Минздрав развалился, и пришлось начинать все заново...

В 2004 г. у меня в руках появился инфликсимаб, мы взяли за самых тяжелых больных, в очередной раз став пионерами в этой области. Фирма дала 32 флакона с критическим сроком годности, как это обычно бывает. Мы начали с больных тяжелым системным ревматоидным артритом, потом оказалось, что это не оптимальная группа для этого препарата, но это же надо было обнаружить, никакого опыта ни у нас, ни за рубежом практически не было. Более менее приличные клинические испытания по инфликсимабу закончились только что, а на дворе уже 2008 г. На тот момент меня он разочаровал, да и было его не много, чтобы как следует отработать методику. Потом нам стали покупать инфликсимаб под каждого больного. А в 2004 г. академик Александр Александрович Баранов решил организовать ревматологическое отделение в Научном центре здоровья детей РАМН, а возглавить его предложил мне. Я с радостью согласилась, приведя с собой целую команду толковых молодых врачей.

У нас особое учреждение, тут почти коммунизм построен. Нам не отказывают в покупке всего необходимого. Но дело не только в хорошем ремонте, но и в современном оборудовании, наличии всех необходимых, в том числе до-

рогостоящих лекарств. В Научном центре здоровья детей РАМН колоссальная территория, три института: НИИ педиатрии, НИИ профилактической педиатрии и восстановительного лечения, НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков.

У меня и по сей день сохраняется ощущение, что я попала в коммунизм. Сначала отделение было на 20 коек, потом на 25, потом на 25 коек легло 50 больных, директор все время спрашивал: «Алексеева, у Вас двухъярусные кровати?» С прошлого года нас расширили — нашим стал весь этаж, у нас самое большое отделение в институте: 50 коек, но часто лежат по 70 больных. Больные едут со всей России. Отделение безумно популярно в стране, все родители пытаются полечить детишек именно у нас. Мы берем всех: умирающих, запущенных, бесперспективных, непонятных, загубленных, привезенных по санавиации. Тяжелых берем без всякой очереди, я только успеваю слышать, как мои врачи кричат по телефону: «Только гормоны не давайте!» Сейчас у нас есть все необходимые лекарства, 3 биологических агента, еще 2 на подходе. У нас на сегодняшний день самый большой опыт в Европе, а может быть, и в мире по применению инфликсимаба (больше 160 человек) и ритуксимаба — 52 ребенка.



Когда я пришла заведовать отделением, у меня появилась возможность нормально работать: были условия, фантастическая диагностическая база, все необходимые лекарства, о которых может только мечтать душа ревматолога. У нашего руководства очень мудрая позиция: отделения заведуют профессора, и тогда никаких недопониманий между кафедрой и клиникой нет. На мне все: и наука, и больные, и хозяйство. Я сама разводила краски для ремонта, подбирала цвет плитки и жалюзи. Мы здесь фактически живем. Мы бываем здесь больше, чем дома, значит, тут должно быть не хуже! Всем должно быть удобно, у всех должны быть обогреватели, у врачей должен быть Интернет. И руководство поддерживает нас в этом. Свой кабинет я обставляла в последнюю очередь.

Но самое главное, что есть лекарства. На последнем Ученом совете меня спросили, что нам еще нужно, чтоб оптимизировать работу. Я ответила, что мне нужны только койки и квоты, чтобы наши больные получали адекватное лечение и после выписки. Приходится воевать, я все время помню, что я на войне. Мы создали общество родителей детей, больных ревматическими болезнями, мы тесно работаем с этими родителями, они пишут письма, стучат кулаком по столу, добиваются, чтобы дети получали препараты бесплатно. Инфликсимаб мы всем вводим сами, на нашем попечении человек сто, они приезжают каждые 8 недель. Препарат закупается централизованно через РАМН, а ритуксимаб и другие дорогостоящие препараты институт закупает сам.

Мы разработали стандарты по высоким технологиям, это стоило года жизни в Минздраве. Я каждый день в течение года ходила туда по вечерам как на работу. Чудовищно тяжелый год был. Меня как-то часов в 11 вечера останавливает милиционер, просит дыхнуть в трубочку — вроде трезвая. Он меня спрашивает: «Вы откуда так поздно в таком состоянии?» Я ему и отвечаю: «Из Минздрава». Он сильно повеселился. Мы таки сделали эти стандарты — они, кстати, считаются одними из лучших. И они оправдали себя! В них отражено все, что нужно ревматологическому больному, а ведь он тяжелый, ему нужно много. Нам удалось внести и антибиотики, и препараты для лечения остеопороза, иммуноглобулины, иммунодепрессанты, антифунгальные средства, биологические агенты и т. д. и т. п. Инфликсимаб удалось оставить и в амбулаторных стандартах, и в ДЛО в списке жизненно важных. Стандарт сыграл огромную роль — финансирование по нему хорошо ли, плохо ли, но идет.

Продолжение на стр. 4 ↗

ИнтерНьюс

Реабилитация яйца

Ученые университета графства Суррей (Великобритания), работающие под руководством доктора Б. Гриффина, продемонстрировали, что употребление куриных яиц вносит значительно меньший вклад в формирование высокого уровня холестерина в крови, чем поедание продуктов, богатых насыщенными жирами, таких как выпечка и мясопродукты. В рамках исследования практически здоровые добровольцы, страдающие лишним весом, в течение 12 недель употребляли по 2 куриных яйца в день, в остальном придерживаясь низкокалорийной диеты, рекомендуемой British Heart Foundation, при которой количество съедаемых яиц ограничивают до 3—4 в неделю. Группа контроля придерживалась аналогичной диеты, однако полностью отказалась от яиц. В результате у добровольцев обеих групп произошло уменьшение веса на 3—4 кг и снижение среднего уровня холестерина в крови. Уровни холестерина (в особенности липопротеинов низкой плотности, или «плохого» холестерина) в крови добровольцев обеих групп на 6-й и 12-й неделях работы либо снижались, либо не изменялись, независимо от того, что количество употребляемого с пищей холестерина у экспериментальной группы примерно в 4 раза превышало количество холестерина, употребляемого добровольцами из группы контроля. Эти результаты подтверждают уже сформировавшееся научное мнение, согласно которому употребляемые с пищей насыщенные жиры гораздо в большей степени влияют на уровень холестерина в крови, чем богатые холестерином продукты, в том числе яйца. По словам Гриффина, не существует убедительных доказательств взаимосвязи употребления большого количества холестерина с пищей и риска развития коронарной болезни сердца. В действительности яйца являются ценным дополнением к здоровой низкокалорийной диете, способствующей быстрому снижению веса и уровня холестерина. На сегодняшний день не существует официальных рекомендаций об оптимальном количестве употребляемых в пищу яиц и многие врачи до сих пор по старинке рекомендуют отказаться от яиц. Диетологи призывают их пересмотреть устаревшие нормы и изменить рекомендации в соответствии с результатами исследований, проведенных в последние годы.

Источник: портал «Вечная молодость» www.vechnayamolodost.ru

Премьер заинтересовался детскими садами. И посоветовал интересоваться ими министру

Премьер-министр РФ Владимир Путин на встрече с главой Минздравсоцразвития Татьяной Голиковой поинтересовался, увеличивается ли рождаемость в стране и как в целом реализуется Концепция демографического развития до 2025 года. «Да, рождаемость увеличивается», ответила Татьяна Голикова. — Мы пока не имеем официальных данных Росстата за 9 месяцев, но в связи с тем, что мы ввели механизм родовых сертификатов, на основании этих цифр можно делать какие-то прогнозы. Мы предполагаем, что за 9 месяцев 2008 г. рождаемость составит 1,270 млн. человек — это на 8% выше уровня прошлого года». На просьбу премьер-министра сравнить эти данные с показателями прошлого года Голикова ответила, что в 2007 г. в России родилось 1,602 млн. детей. «Это был самый высокий показатель рождаемости за 16 лет, — сказала министр. — Если мы такими темпами идем, то к концу 2008 г. у нас будет чуть больше 1,7 млн. Это еще одно движение вперед с точки зрения превышения показателей. У нас в 1991 г. был показатель 1,794 млн. человек. И если мы его достигаем, то это будет одним из самых высоких показателей за последние 20 лет». По словам Путиной, «очень важно, чтобы мы все свои обязательства исполняли ритмично». «Я имею в виду родовые сертификаты, — сказал глава правительства, — я имею в виду помощь женщинам по воспитанию детей до 1,5 лет, до 3 лет — пособия. Потом, чтобы материнский капитал у нас фиксировался в тех объемах, о которых мы договаривались, чтобы он вовремя индексировался. У нас для этого есть все возможности, несмотря ни на какие мировые финансовые кризисы, нужно, чтобы вы это отслеживали». «И второе, — продолжил Путин. — Все острее и острее встает проблема детских садов. Я, конечно, понимаю, может быть, это не совсем ваша задача, но тем не менее нужно это иметь в виду при работе и с другими коллегами в правительстве. Нужно и с регионами обсуждать этот вопрос. Давайте подумаем над этим, как над отдельной темой, отдельной проблемой».

Источник: АМИ-ТАСС

ИнтерНьюс

Курение может сократить мужчинам жизнь на 10 лет

Курение способно уменьшить продолжительность мужской жизни от 7 до 10 лет, определили врачи Университета Хельсинки, проанализировавшие в течение 26-летнего периода данные о почти 1700 человек. Из этого числа 22,4% умерли преждевременно из-за того, что выкуривали более 20 сигарет в день. Мужчины-курильщики также имеют худшее качество жизни, зачастую неправильно питаются и обладают более низким социально-экономическим статусом, выяснили исследователи. Некурящие мужчины, наоборот, жили в среднем на 10 лет дольше, а их физическое здоровье было гораздо лучше. Никотиновая зависимость приближала смерть даже среди тех, кто продолжительное время курил, но потом отказывался от вредной привычки, хотя риск смерти напрямую зависел от уровня курения. В основном мужчины, увлекающиеся табаком, умирали от сердечного приступа. Финские врачи связывают высокую сферу действия сердечных болезней среди курильщиков с серьезными воспалительными процессами. Медики называют курение бременем для здравоохранения многих стран и призывают правительства не прекращать антитабачные кампании и социальные программы, пропагандирующие отказ от курения.

Источник: *Ami-tass.ru*

Предикторы рецидива инсульта

В исследовании SPARCL показано снижение частоты рецидивов инсультов на 16% среди 2365 пациентов с инсультом или транзиторной ишемической атакой. В течение 4,9 лет наблюдения исследователи зафиксировали 491 ишемический инсульт и 740 сердечно-сосудистых событий. С риском рецидива инсульта ассоциировался только низкий уровень ЛПВП, каждое увеличение ЛПВП на 0,35 ммоль/л ассоциировалось со снижением риска инсульта на 13%. Также авторы обнаружили достоверную ассоциацию между систолическим артериальным давлением и общей частотой сердечно-сосудистых событий.

Источник: *Atherosclerosis 2008*

Бесплатная консультация фармацевта

В штате Онтарио (Канада) в рамках программы «MedChecks» жители получают право на одну бесплатную консультацию фармацевта в год, если они принимают 3 и более лекарственных средств для лечения хронических состояний. Предполагается, что это повысит безопасность и склонность следовать предписаниям врача, улучшая понимание больными особенностей лечения и возможных влияний на него лекарственных средств. В последнее время до 12 000 канадцев умирает ежегодно в результате побочных действий лекарственных средств.

Источник: «Доказательная медицина и клиническая эпидемиология», 2008, № 2

Пожилым не вредно подремать после обеда

По данным нового исследования, ночной сон не ухудшается у пожилых людей, которые любят вздремнуть днем, после обеда или даже вечером. Дж.Л. Пикарик из Университета Питсбурга (США) проанализировала привычки 414 пожилых мужчин и женщин в возрасте от 70 до 89 лет. Все они вели в основном малоподвижный образ жизни и страдали какими-либо соматическими заболеваниями. 54% сообщили, что спят днем по крайней мере раз в неделю, в среднем по 55 минут. Авторы исследования выяснили, что дневной сон не оказывает отрицательного влияния на качество ночного сна. Люди, привыкшие спать днем, жаловались на трудности с засыпанием и поддержанием сна не чаще, чем те, кто никогда не спит днем. Продолжительность сна также не различалась в двух группах. Согласно исследованию, мужчины дремлют чаще, чем женщины (37% и 24% соответственно), афроамериканцы чаще, чем белые (20% и 14%), диабетики чаще, чем люди, не страдающие диабетом (28% и 14%). Другое исследование на ту же тему провела Н.Д. Даутович из Университета Флориды (США). В этом исследовании 100 людей в возрасте от 60 до 89 лет спали вечером по 2 часа, однако это тоже не сказалось на качестве и продолжительности ночного сна. М.В. Витиелло, специалист по гериатрической медицине из Вашингтонского университета, написал в комментарии к этим исследованиям: «Нам предстоит узнать еще очень много нового о привычке пожилых к короткому сну в течение дня и о том, как она связана со здоровьем и общим благополучием. Дрема может быть полезной и не очень, все зависит от конкретных обстоятельств».

Источник: *Reuters Health*

Начало на стр. 1, 3

У нас неплохо налажен контакт с территориальными докторами, они начали нас слушаться, это уже колоссальный прорыв. Мы часто консультируем по телефону, например, если нам некуда положить ребенка, мы вместе с лечащим по телефону ведем его, чтоб он дождался места в отделении и до этого его не загубили. Иногда больным не везет: когда врачи — сами с усами. У нас идет постоянная война за то, чтобы больные получали препараты по ДЛО, чтобы врачи не портили то, что мы наделали. Мы обучаем родителей больных детей, они следят за анализами, знают, что и как.



Почему такие сумасшедшие результаты на инфликсимабе: 70% ремиссий при позднем ревматоидном артрите и 90% при раннем (это дети-инвалиды до года). Ритуксимаб оказался очень эффективен при самом тяжелом системном ревматоидном артрите, при котором инфликсимаб не работает. Это была моя идея попробовать, сначала не получалось. Долго обсуждали с онкологами схемы, нашли необходимую, оказалось, что эффекта нужно долго ждать. Сейчас у нас эти больные такие красавцы, что никто не верит. Мы снимаем на видео этих детишек до и после лечения, и действительно невозможно поверить, что это одни и те же дети. Очень важно назначить препарат к месту, нужную дозу, его отследить, не испортить все еще 5–6 препаратами, чтобы потом были еще токсические реакции. Ну и, конечно, не отравить гормонами.

На самом деле речь не только о ревматоидном артрите. У нас полноценное ревматологическое отделение, тут кто

только не лежит, все непонятные. Классическое направление из других клиник — «это что-то ваше, системное». У нас регулярно оказываются детишки с недиагностированными опухолями, туберкулезом и т. д. У нас единственное отделение в стране, которое работает круглогодично без отпусков, помывок. А вот ремонты делаем регулярно, но при этом не закрываемся, ремонтируем частями. Мои врачи работают на износ, потому что иначе нельзя, я сама так работаю. У нас многие аспиранты, ординаторы по окончании уходят, хотя есть возможность остаться, потому что тяжело. Не каждый хочет, да и не каждый может. Девушки, даже очень способные, вынуждены увольняться, потому что мужья встают, они не готовы терпеть жену, которая до 21–22 на работе. Сын у меня тоже учится в медицинской академии, но все больше сомневается, что станет врачом — говорит, что не готов жить в такой работе, а иначе нельзя. Зато он успешно работает в студенческом правительстве дублеров г. Москвы. Что ж, у каждого своя дорога, и мы ее принимаем.

Я же еще и декан факультета послевузовского профессионального образования педиатров ММА им. И.М. Сеченова и зам. главного редактора журнала «Вопросы современной педиатрии». Но главное — это больные. Когда они в реанимации, я живу в реанимации. У нас, несмотря на неопишуемую тяжесть больных и серьезность препаратов, смертность очень низкая. Хотя много сепсисов и ДВС-синдромов: сепсисы есть всегда, каждый день. Нас постоянно заставляют почувствовать себя немножко богами, еще раз сделать чудо. Нам удалось на порядок снизить инвалидность. Мы каждый год проводим школу детского ревматолога. Мы учим, проводим клинические разборы. Мы написали руководство, клинические рекомендации. Сейчас мы собираемся создать атлас детской ревматологии, материалов море, и такого еще раньше никто не издавал. Создали регистр, надемся, что он станет федеральным, и мы наконец-то узнаем точно, сколько у нас больных ревматоидным артритом. Мы написали федеральную целевую программу по ревматологии, академик А.А. Баранов и академик Е.Л. Насонов ее доложили в Думе и на президиуме РАМН, сейчас документ вылеживается.

Вы не представляете, что такое снятие больных с гормонов: синдром отмены, больные мучаются ужасно. Опухшие суставы, боль, лихорадка. Всегда трудно дифференцировать: это реакция на отмену или началось обострение? У нас идут многочасовые беседы с родителями и детьми о том, что надо потерпеть. Ждать и терпеть. Это пострадавшие, длительно болеющие дети, такие же измученные родители. Слезы, сопли, смотреть на это невозможно, сердце кровью обливается. Но снимать их с гормонов нужно: это кушингоид, задержка роста, развития, гипертрихоз и т. д. и т. п. Самое удивительное, что дети, даже малыши, все понимают и терпят, и когда жалуются, я говорю: «Хорошо, сейчас дам преднизолон, станет легче». А они: «Нет! Буду дальше терпеть». И вдруг через какое-то время начинает стихать боль, суставы «уходят», детки начинают садиться, вставать, ходить, а потом в чудо превращаются. И большего кайфа в жизни нет. Никакие деньги и власть с этим не сравнятся. Иногда сам себе не веришь, что это чудо ты сделал. Но на тяжелых больных сильнейшее выгорание, и бороться с ним очень трудно...

Беседовала А. Власова



КЛИНИЧЕСКАЯ ГЕРОНТОЛОГИЯ

Издательство Ньюдиамед

Научно-практический медицинский журнал

Для практических врачей различных специальностей и социальных работников, которым постоянно приходится решать многие клинические и социальные проблемы больных пожилого и старческого возраста.

Знакомит читателя с фундаментальными вопросами биологии и патофизиологии старения, особенностями течения и терапии различных заболеваний в позднем возрасте, современными методами диагностики и лечения, социальными вопросами, организацией здравоохранения, этическими вопросами, законодательством.

Имеет следующие разделы: передовые, оригинальные статьи, обзоры, лекции, письма в редакцию, заметки из практики, вопросы этики, деонтологии, медико-социальные проблемы, информация о новых лекарственных препаратах, конференциях, съездах, симпозиумах, рефераты статей, опубликованных в зарубежных журналах, ситуационные задачи с ответами и комментариями к ним; одна из рубрик журнала посвящена творческому долголетию.

Оформить подписку можно:

- по каталогу агентства «Роспечать» (индекс 72767);
- в редакции, заполнив бланк

Бланк-заказ на подписку журнала на 2009 год в редакции (журнал высылается по Вашему адресу в конверте).

Ваш адрес просим указывать печатными буквами.

Ф.И.О. подписчика	Почтовый адрес доставки (индекс обязательно)	1 полугодие		2 полугодие										
		Номера журнала												
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
		Цена одного номера в руб.												
		350	350	350	350	350	350	350	350	350	350	350	350	350
		ИТОГО (впишите сумму):												

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

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

115446, Москва, Коломенский проезд, 4, А/Я 2 Издательство «Ньюдиамед».

При необходимости издательство выставляет счет. Тел./факс: (499) 782-31-09

E-mail: mtndm@dol.ru, www.zdrav.net

В платежном поручении и в почтовом переводе обязательно указать:

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

В современных условиях реорганизации и трансформации медицинской помощи населению особого внимания требует лекарственная обеспеченность, что связано с ее высокой экономической составляющей в расходах здравоохранения. Мотивация общества в развитии доказательной медицины и фармакотерапии, казалось бы, очевидна. Безопасность — это один из базовых стимулов потребительского поведения, поэтому государство, для соблюдения конституционных прав граждан на охрану здоровья, должно ее гарантировать. Кроме того, правительства большинства стран мира (в том числе и Российской Федерации) беспокоит степень обоснованности роста затрат на оказание медицинской и фармацевтической помощи. Общество хочет хорошо понимать, почему А лучше, чем Б, и не хуже, чем С. При этом часто на уровне правительства аргумент экономической выгоды оказывается ведущим (о чем свидетельствует приоритет выбора дженериковых препаратов для реализации программ лекарственного обеспечения декретированных групп населения).

СПОРНЫЕ ВОПРОСЫ МАРКЕТИНГОВОЙ ПОЛИТИКИ НА РОССИЙСКОМ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ РЫНКЕ

**В.В. Косарев, С.А. Бабанов
Самара**

Проблема рационального расходования средств особенно актуальна для нашей страны, так как, с одной стороны, бюджет российского здравоохранения явно недостаточен, а с другой, продолжают широко использоваться лекарственные средства, эффективность которых не доказана (или наоборот, доказана их неэффективность), либо вызывает сомнение. В этой ситуации из большого числа лекарственных средств необходимо выбрать именно те вещества, которые обладают наиболее высокой эффективностью и лучше переносятся больными. Очевиден факт, что нет смысла пытаться удешевить лечение путем использования недорогих, но малоэффективных препаратов, но столь же бессмысленно назначать дорогостоящие лекарственные средства в тех случаях, когда не меньший или даже больший эффект могут дать более дешевые средства. И то, и другое в конечном итоге приводит к увеличению расходов. В клинической практике необходимо принимать конкретные клинические, экономические и политические решения, касающиеся лекарственного обеспечения не столько на основе личного опыта или мнения экспертов, сколько исходя из строго доказанных научных данных. В настоящее время это положение приобретает особую актуальность, так как проявилась отчетливая тенденция к преобладанию клинических исследований, финансируемых фармацевтической промышленностью и производителями различных медицинских товаров и услуг.

Известен «золотой стандарт» российской медицины, что мы лечим не болезнь, а больного. Именно этот постулат открывает широкую дорогу для субъективизма врача (порой ангажированного фармкомпаниями) в назначении лекарственной терапии. Кроме того, в настоящее время во многом непонятно, на что ориентироваться практическому врачу. На стандарты издаваемые Минздравсоцразвития РФ? На научные и околонаучные статьи? На отечественные или зарубежные рекомендации?

Например. Препарат триметазидин. Входит в «Федеральное руководство» по использованию лекарственных средств, в рекомендации ВНОК «Диагностика и лечение

стенокардии» («может быть назначен на любом этапе терапии стабильной стенокардии для усиления антиангинальной эффективности бета-адреноблокаторов, антагонистов кальция и нитратов»). Не входит в клинические руководства по ведению больных стенокардией в таких странах, как США и Великобритания, в Примерный перечень ВОЗ «Основные лекарственные средства» (пересмотр марта 2005 г.). Совершенно неудивительно, что, получая такую противоречивую информацию, которая является не просто информацией, а руководством к действию, врач начинает доверять только своему опыту и способу мышления.

Проблема рационального взаимодействия с фармкомпаниями, новая для нас, является проблемой и для западных стран. Так Н.Н. Ардентова указывает, что за рубежом имеет место постоянное информационное давление со стороны фармацевтических компаний, особенно прицельно направленное на интернов, курсантов различных форм последипломного обучения, преподавателей медицинских и фармацевтических вузов. Фармацевтическим компаниям экономически выгоднее работать с целыми группами лиц, определяющих медицинскую практику будущего. Известны факты, что в рамках продвижения новых препаратов многие мировые фармацевтические компании спонсируют приезд на конгрессы большого количества врачей и ученых. Кроме того, как это ни прискорбно, «часто весомым аргументом в череде доказательств становится материальное вознаграждение со стороны фармацевтической компании за назначение, включение в прайс-лист, закупку, продажу или приобретение лекарственного препарата» (Максимкина Е.). Если же производителю лекарственного препарата не удастся доказать, что есть преимущественная разница фармакологического действия его средства по сравнению со средством конкурента, то за продвижение препарата приходится платить больше. Сами представители фармацевтической индустрии косвенно признают этот факт, отмечая, что многие фармацевтические или медицинские фирмы спонсируют издание в России тематических медицинских журналов, постоянно выступают в качестве либо спонсора, либо организатора научных конгрессов, семинаров, симпозиумов, различных образовательных программ.

Е.А. Вольская приводит данные опроса 375 менеджеров различных фармацевтических компаний об эффективности различных средств маркетинга. Подавляющее большинство ответили, что лучшим способом продвижения препаратов рецептурного отпуска является деятельность медицинских представителей, семинары с участием опиньон-лидеров считают эффективными 40% опрошенных, публикацию результатов клинических исследований — 35%, раздачу бесплатных образцов — 27,6%, научное спонсорство чуть более 15%, стимулирование продаж через аптеки (различные бонусы, скидки) — около 14%, рекламу в научных журналах и рекламные буклеты расценили как эффективные 5% и 3% соответственно. В то же время бывший главный редактор одного из авторитетнейших изданий British Medical Journal (BMJ) Ричард Смит раскритиковал политику медицинских журналов в плане участия в рекламных кампаниях по продвижению тех или иных лекарственных средств: «Для фармацевтической компании положительный отзыв или сообщение об успешных клинических испытаниях гораздо предпочтительнее, чем тысячи страниц рекламы, поэтому фир-

Продолжение на стр. 6

ИнтерНьюс

Чтобы получить премию, нужно рискнуть жизнью

27 октября 2008 г. в московском театре «Et Cetera» прошла церемония награждения журналистов — победителей конкурса журналистских расследований благотворительного фонда имени Артема Боровика. На конкурс, который проводился в 8-й раз, представляется до 1000 материалов журналистов из России.

Были представлены журналистские расследования обозревателя «Газеты» Ирины Власовой, вышедшие в период с сентября 2007 года по май 2008. Среди них такие расследования, как «Добавочная медицина» — о том, как российские врачи участвуют в продвижении биологически активных добавок в ущерб снабжению пациентов необходимыми им лекарствами; серия материалов по проблемам редких болезней «Смерть придет по инструкции», публикация которых подвигла Минздравсоцразвития заняться лечением конкретного ребенка за рубежом, что спасло ему жизнь, а регистрация в России препарата, необходимого больным этой генетической патологией, была ускорена; статья «Жить стало больше» — о недостатке выпуска на российских фармпредприятиях ряда лекарств, который впоследствии был организован в требуемом объеме. Расследование «Частно-государственное лекарство» было посвящено коррупции в области здравоохранения, а статья «Президентская пилюля» — необходимости пересмотреть систему предоставления лекарств детям-инвалидам. Некоторые номинанты преследуются, подвергаются нападениям и избиениям. Не все. Ирина Власова получила одну из двух премий в области здравоохранения, оставаясь здоровой!

Источник: газета «Газета»

FDA одобрила лабораторный тест на чувствительность к варфарину

Примерно треть пациентов реагирует на варфарин более резким замедлением свертывания крови. Они подвержены передозировке этого лекарственного средства и кровотечениям. Зависит эта особенность от нескольких причин, из которых на первом месте варианты 2 генов. Тест (Nanosphere Verigene Warfarin Metabolism Nucleic Acid Test) позволяет выявить несколько вариантов этих генов. Только у 8% обследуемых тест не определяет вариант генотипа. Естественно, при использовании этого теста доза будет подбираться быстрее и точнее. В США варфарин и инсулин — 2 лекарственных средства, наиболее часто приводящие людей в больницу из-за нежелательных эффектов.

Источник: «Доказательная медицина и клиническая эпидемиология», 2008, № 2

Мозг музыкантов работает быстрее и лучше

У музыкантов обе стороны мозга работают гораздо чаще, чем у обычного человека. Исследователи Университета Вандербилта (США) считают, что это открытие обосновывает факт наличия или отсутствия врожденной музыкальной одаренности. Профессионально обученные музыканты действительно думают иначе: такие люди более эффективно используют заложенный в нашем мозге творческий метод для решения поставленных задач под названием дивергентное мышление, и у них в большей степени активна как левая, так и правая сторона фронтальной коры головного мозга, определили неврологи. Возможное объяснение повышенного применения обоих полушарий мозга среди музыкантов заключается в том, что люди такой профессии или с музыкальным хобби зачастую используют обе руки для игры на инструментах. Таким образом, оба полушария связаны между собой и способны обмениваться информацией. Кроме того, музыканты порой интегрируют и объединяют в единый звуковой фрагмент различные мелодии, то есть они должны очень хорошо одновременно читать музыкальные символы, которые написаны на основе «языка левого полушария», а интерпретируются с помощью правого полушария, объясняют ученые. В целом IQ музыкантов выше, чем у людей без музыкального образования, и их мозг способен обрабатывать информацию быстрее и более творчески.

Источник: Ami-tass.ru

ПИСЬМА

**АКАДЕМИКУ АНДРЕЮ ИВАНОВИЧУ ВОРОБЬЕВУ
КО ДНЮ РОЖДЕНИЯ 1-го НОЯБРЯ 2008 г.**

Глубокоуважаемый Андрей Иванович! Хочется первым поздравить Вас с наступающим 80-летним юбилеем! Пожелать Вам крепкого здоровья, успехов в науке и, кроме премии Д.Д. Плетнева, получить еще премию Альфреда Нобеля! Я атеист, но для меня есть триединый Бог — это Вы, Павел Андреевич и Василий Викторович Власов. Только благодаря Вам на периферии терапевтических больных можно лечить почти также, как их лечат в крупных лечебно-диагностических центрах.

Знаю, что не скромно, но на правах старшего по возрасту свои пожелания и Ваши достижения разрешите изложить в стихотворной форме.

Для нас Вы — светоч в меднауке,
Борец за правду и т. п.,
И золотые свои руки,
Вы не испачкали в КП.
В науке честный был Ваш путь,
Решили множество вопросов
И чтоб с пути Вам не свернуть,
Держитесь дальше от Едроссов.
И уж не кстати, например,
Вступить в ряды ЛДПР
И ни к одной партийной братии
Не проявлять любви, симпатии,
От них устала вся страна,
Их отослать бы лучше на...
Трамвай Колымский и «Алжир» —
разгул садизма возмущает,

Не многим лучше этот мир —
народ в России вымирает.
Людских потерь за восемь лет,
Как на войне — шесть миллионов
И как всегда — виновных нет,
Из-за отсутствия законов...
Ваш Формулярный Комитет
Врачей надежда, пациентов,
В огромный Ваш авторитет
Все верят Вам на сто процентов.
Вот если б Вы еще смогли,
Убавить цены на лекарства,
Тогда бы к черту ДЛО,
Больных избавить от мытарства.

*Врач Шадрин Александр Александрович
г. Горячий Ключ, Краснодарский край*

Глубокоуважаемый Павел Андреевич!

Получил очередной номер ВМГНОТ «Московский доктор» и с большой пользой для себя прочитал его. Это здорово, что российский Формулярный работает столь же плодотворно и полезно для практического здравоохранения, как Британский Национальный институт здоровья и клинического совершенствования, разрабатывает сходные вопросы... Мы, самарские терапевты и гематологи, рады, что Андрей Иванович Воробьев получил премию им. Д.Д. Плетнева за многолетнюю работу в области российского здравоохранения.

Ужаснулся тому факту-сообщению, что «Теперь вашим донором совершенно официально может быть наркоман, гомосексуалист и проститутка»... Опять прочитал, что в трансплантологии (правда, в Америке, Нью-Джерси) органы-то воруют! Ну, как «нашему брату» будут доверять люди?!

В настоящее время работаю профессором кафедры госпитальной терапии с курсом трансфузиологии Самарского государственного медицинского университета. С 1991 по 2005 г. заведовал этой кафедрой и клиникой. В течение многих лет клиническая гематология и гемостазиология была и остается основным научным направлением сотрудников. С 2006 г. на базе нашей клиники организован НИИ гематологии, трансфузиологии и интенсивной терапии, в создании которого большое участие принял академик А.И. Воробьев. Директором назначен профессор Давыдкин Игорь Леонидович.

Глубокоуважаемый Павел Андреевич, я желаю Вам, редакции «Московского доктора» новых успехов в работе на благо российских врачей и больных.

*С уважением
Кондурцев Валерий Алексеевич*

ИнтерНьюс

Новорожденные особенно часто страдают ятрогенией

В исследовании осложнений в ходе послеродового ведения больных новорожденных, выполненного в неонатологическом центре на юге Франции, методом прямого наблюдения в 2005 г. изучено 388 детей. Каждый 3-й имел по крайней мере одно нежелательное событие, связанное исключительно с лечением, а не с болезнью. Из 267 зарегистрированных событий 94 — повреждения кожи, преимущественно легкие, в том числе и в результате установки катетеров и инфузий. Госпитальные инфекции (62 случая) чаще были тяжелыми. В 38 случаях были зарегистрированы заблокированные инфузионные системы, в 26 — осложнения с дыханием, в том числе незапланированные экстубации. Из ошибок применения лекарственных средств (19 случаев) самые частые — ошибки дозировки (в 10 раз больше или меньше), почти всегда связанные с неправильным программированием инфузионного аппарата. 29% зарегистрированных осложнений клинически существенны, 1/3 случаев предотвратима. Самая высокая вероятность причинения вреда — у незрелых младенцев, подвергаемых интенсивному лечению и уходу. Авторы исследования полагают, что важнейшее направление действий — создание повсеместно системы уведомления об ошибках, анонимной, добровольной и не связанной с оценкой работы. Напомним, что в России ныне подобные события практически не регистрируются. Сокрытие ошибок служит, в частности, незаконная изоляция младенцев от родственников, даже от матери.

Источник: «Доказательная медицина и клиническая эпидемиология», 2008, № 2

Они готовы поделиться

Фонд Мелинды и Билла Гейтс объявил в среду о том, что выделяет 100 млн долларов на медицинские исследования, которые будут предоставлены в течение пяти лет. Гранты от основателя компании Microsoft, более десяти лет удерживавшего первенство в списке миллиардеров по версии Forbes, получают 104 ученых или исследовательских групп в 22 странах мира, которые занимаются научными экспериментами в области предупреждения и преодоления ВИЧ-инфекции и туберкулеза.

Нынешним летом Гейтс отошел от руководства Microsoft, чтобы полностью посвятить себя благотворительности. Его фонд уже выделил около 900 млн долларов на поддержку развития аграрного сектора беднейших стран мира, а в сентябре он заявил о выделении еще 66 млн долларов на новую программу борьбы с голодом в рамках ООН. Объявленная инициатива предполагает инвестиции в технологии, которые помогут фермерам более 20 беднейших стран Африки производить продукцию для закупок Всемирной продовольственной программы (WFP), оказывающей в этих странах гуманитарную помощь. Благотворительный фонд семейства Гейтс составляет 3 млрд долларов при предположительном состоянии Гейтса на текущий момент в размере 35 млрд долларов.

Источник: РИА «Новости»

ЭКГ не все видит в сердце

Один из традиционно важных элементов оценки ЭКГ — выявление признаков гипертрофии левого желудочка, связанной с резким увеличением риска сердечно-сосудистых осложнений у таких больных, в особенности при сочетании с артериальной гипертонией. Для выявления гипертрофии были разработаны стандартизованные критерии. Считалось, что это хороший пример стандартизованной оценки изображения. Увы. Группа авторов провела систематический анализ исследований диагностической точности ЭКГ-критериев в сравнении с данными УЗИ. Оказалось, что точность крайне неудовлетворительна. Поэтому при необходимости установить, есть ли гипертрофия, надо делать УЗИ, которое становится все меньшей проблемой. Врачи общей практики ныне совсем нередко самостоятельно проводят это исследование, отправляя к консультантам лишь по необходимости. Консультантами могут быть рентгенологи (они в Европе и США чаще всего делают УЗИ). Аппарат УЗИ становится чем-то вроде современного стетоскопа.

Источник: «Доказательная медицина и клиническая эпидемиология», 2008, № 2

Начало на стр. 5 ↗

мы зачастую затрачивают миллионы долларов на перепечатку таких материалов в профильных журналах по всему миру. А журналы без колебаний печатают результаты оплаченных исследований, удобных для фирм производителей. При этом подобные публикации достаточно редко приводят результаты, отражающие негативные стороны продукции тех или иных компаний».

Большинство фармацевтических компаний публикуют результаты клинических исследований. Ведущая роль специальной медицинской периодики состоит в том, что она аккумулирует научные сведения и гипотезы, данные многоцентровых клинических исследований и наблюдений, рекламную информацию, оперативную транслирует комплекс информации на целевую аудиторию.

Большое многообразие и большое число выпускаемых медицинских журналов в современных российских условиях свидетельствует во многом о том, что многие из издательств живут за счет рекламы от фармацевтических компаний, поскольку финансирование медицинских научных изданий за счет фармкомпаний ни для кого не является секретом. Все ведущие мировые фармацевтические компании включились в игру под названием «доказательная медицина» (при несомненной важности самой доказательной медицины), в которой одним из правил стало предоставление различным типам потребителей (врачи, фармацевтические работники, конечные покупатели) аргументированных сведений о потребительских и экономических преимуществах продвигаемых лекарственных препаратов. Именно поэтому сегодня в России выбор препарата часто связан с маркетинговой активностью фирм производителей и не всегда является оптимальным.

Так Т. Гринхальх, автор книги «Основы доказательной медицины», считает, что любой врач при встрече с представителем фармацевтической компании для получения от него достоверной информации должен выполнять ряд условий. 1. Контролируйте беседу. Не выслушивайте заранее отретированные банальные фразы, а попросите сразу нужную вам информацию. 2. Требуйте представления независимых сведений, опубликованных в известных рецензируемых журналах. 3. Не читайте рекламных брошюр, которые часто содержат неопубликованные материалы, обманчивые схемы и выборочные цитаты. 4. Игнорируйте такие «доказательства», как, например, использование данного препарата известным уважаемым специалистом. 5. Требуйте обоснованных сведений о безопасности, переносимости, сравнительной эффективности, стоимости (прямой и не прямой) применения препарата. 6. Строго оценивайте научные сведения, обращая внимание на размер выборки, методологическое качество клинических испытаний. 7. Не принимайте новизну продукта, как довод к его использованию. Новизна препарата не является залогом его качества и эффективности.

Несмотря на значительное распространение принципов доказательной медицины на западе, в Российской Федерации внедрение этой современной концепции оценки медицинских технологий в значительной мере сдерживается. Это объясняется, на наш взгляд, следующими причинами. 1. Низкой степенью мотивации специалистов, ответственных за принятие конкретных клинических и управленческих решений, 2. Активным влиянием на этих специалистов представителей фармацевтической индустрии, пытающихся превратить evidence-based medicine в очередную (хотя и весьма дорогостоящую) инструмент поиска конкурентных преимуществ (доказательная медицина стала модой. Это лучше всего чувствуют рекламодатели, и в журналах мы уже давно видим рекламу сомнительных средств под заголовком «Вести доказательной медицины»). 3. Отсутствием системы подготовки специалистов здравоохранения по доказательной медицине и отсутствием, несмотря на приказы Минздрава России, во многих крупных лечебных учреждениях клинических фармакологов, должных стать заслоном на пути недобросовестной маркетинговой политики, проводимой рядом представителей фармацевтической индустрии.

Критики порой называют доказательную медицину «все более модным направлением, исходящим от молодых самоуверенных и крайне многочисленных медиков, стремящихся принизить работу опытных клиницистов путем сочетания эпидемиологического жаргона и манипуляций статистическими методами». В то же время ее сторонники не желают мириться с такой ситуацией, когда принятие решений основывается на «коротком рассказе». Триша Гринхальх пишет: «Когда я была студенткой-медиком, я иногда сопровождала во время обхода известного профессора. Увидев больного, он интересовался его симптомами, затем поворачивался к сопровождающей его группе врачей и рассказывал историю о подобном больном, которого он лечил 20 или

30 лет тому назад: «Да я помню, мы назначали ей то и то, и после этого она поправилась». К новым препаратам и технологиям он относился скептически (часто это было справедливо), а его клиническая проницательность равнялась нулю. Ему потребовалось 40 лет для накопления знаний, а самая большая медицинская книга — собрание случаев за пределами его личного опыта — была для него навсегда закрыта».

Известно, что за рубежом в практической деятельности чаще не применяются лекарственные средства с недостаточным документированным эффектом воздействия с позиций доказательной медицины (это определяется государственной политикой). Использование подобных лекарственных средств остается уделом университетских клиник, проводящих испытания согласно стандартам GCP (Good Clinical Practice) до тех пор, пока эффект не доказан. Подобный подход, гарантируя качество новых методов лечения, не может не вызывать раздражение и досаду врача, так как надежно доказывать медицинские истины не всегда удается. Известно воспоминание М.Ю. Неклюдова о работе в одном из западных госпиталей: «Одним из моих первых впечатлений от работы в шведской больнице было чувство несвободы. Врач довольно жестко ограничен существующими в данной клинике методическими указаниями, отступить от которых возможно лишь при особых обстоятельствах... довольно сложно экспериментировать или иметь свое особое мнение по поводу какого-либо метода лечения».

Несмотря на это, на наш взгляд, эффективный формуляр не ограничивает разумной клинической свободы врача, так как в любом случае практикующий врач не использует все 10–12 тысяч препаратов, представленных на рынке, а применяет лишь их ограниченный набор, сформированный стереотипом своего восприятия. Несомненно, что такой личный врачебный формуляр по своей клинической и экономической эффективности вряд ли будет более оптимален в сравнении со стандартами лечения (лекарственным формуляром), разработанными ведущими экспертами по основным отраслям медицинских знаний. Современные стандарты представляют для творчества врача достаточно большое пространство и в то же время не позволяют проводить лечение по неоптимальным схемам. Кроме того, многие врачи не знакомы с концепцией фармакоэкономики и полагают, что категория цены не должна соотноситься с жизнью и ее качеством. Но для тех, кто стоит на таких позициях, существует два ответа: 1) В настоящее время в мире нет общества, каждый член которого может иметь медицинское обслуживание независимо от его цены; 2) Ежедневно выписывая рецепты на лекарственные препараты, врачи перераспределяют ресурсы определенным лицам, чем неизбежно лишают других возможности пользоваться этими ресурсами (то есть ресурсы здравоохранения должны распределяться так, чтобы их хватило на «всех»).

Выступая перед выпускниками Военно-медицинской академии в 1886 году профессор С.П. Боткин сказал «...литературные занятия в развитии врача приносят действительную и существенную пользу только тогда, когда они производятся с известной системой. В настоящее время так много пишется и печатается, что поставить себе в обязанность прочесть все написанное, хотя бы и по одной только специальности, почти невозможно... Необходимо читать с выбором, умея пропускать несущественное, мало дающее, останавливаясь на солидных трудах и исследованиях, дающих новые факты и, главное, новые истины». Эти слова в настоящее время приобретают еще большее значение: объем медицинской информации постоянно растет, и для организатора здравоохранения и практического врача становится достаточно трудным оценить полезность и научную достоверность публикуемых материалов. Большой проблемой по мнению В. Власова, директора Российского филиала Кокрановского сотрудничества, является невидимое авторство — «...широко используемый фарминдустрией способ ввести врачей в заблуждение. Врачи думают, что читают статью об исследовании известного ученого, а в действительности... статья, написанная в литературном агентстве по заказу фармкомпаний». Следует также четко понимать неизбежность конфликта интересов врачей и управленческих структур здравоохранения (финансирующих структур) при оценке клинической и экономической эффективности лечения при внедрении более эффективных, но и более дорогих стратегий лечения и осознано достигать консенсуса в данном вопросе. Внедрение современных медицинских технологий с доказанной эффективностью несомненно снизит длительность пребывания больного как в стационаре, так и на больничном листе, приведет к снижению количества врачебных ошибок и осложнений лекарственной терапии, к повышению качества лечения, качества жизни пациентов, снижению смертности, улучшив тем самым показатели общественного здравоохранения.

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 врачах 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

Казалось бы, законы должны создавать комфортные условия безопасности гражданам страны для обеспечения ее планомерного развития и неуклонного движения вперед. Некоторые должны ограждать нас, добропорядочных, от разного рода мошенников и преступников. Но иногда случаются казусы. Такой казус — это 94-й закон. На мой взгляд, после знаменитого на весь мир закона про монетизацию льгот (122), который никто не читал, но все точно знали, о чем там написано, сегодня 94-ФЗ — самый «популярный». Это закон, если кто еще не слышал, о правилах и порядке закупок чего бы то ни было для государственных нужд. Он напрямую регулирует процесс закупок. Конечно, вы не найдете в законе и следов реальной борьбы с коррупцией, для чего он якобы был написан, но зато — множество ограничений, ненужных формальностей и процедур, которые делают процесс закупок совсем непрозрачным. Или — псевдопрозрачным. Но не про это речь.

Недавно всю страну потрясла трагедия в одной из школ Оренбуржья, где во время ремонта рухнула школа, погребя под обломками несколько учеников. То, что школа была построена 30 лет назад шабашниками без цемента, видно даже на кадрах телехроники. Но она стояла, пока не стали выдирать из стен рамы. Рамы держали стены, так как над ними не было бетонных перемычек. Нехорошо, и тем бы шабашникам удавиться, а не завучу. Но возникает неожиданный вопрос — а почему рамы менялись во время учебного года? Почему капитальный, в общем, ремонт шел тогда, когда в школе были дети? Ведь любая стройка и ремонт — прямая угроза жизни и здоровью детей. Сколько помню себя, ремонтировали школы всегда к 1 сентября и каждый раз торжественно рапортовали о сдаче «объектов» ко Дню знаний. Никто школы, полные детей, не ремонтировал.

И вдруг в одном из репортажей кто-то из местных оренбургских чиновников бросает фразу — виноват федеральный закон № 94. Артикулирует четко эту цифру и объясняет: чтобы провести ремонт, нужно в соответствии с данным законом заключить контракт. Для того чтобы его заключить, нужно объявить конкурс и сколько-то времени — месяц, не меньше, ждать поступления заявок. Для того чтобы объявить конкурс, нужно иметь техническое задание на ремонтные работы, а они не делаются бесплатно, на них тоже ну-

жен отдельный конкурс. А еще нужно зарезервировать на счете все необходимые деньги для будущей работы, если их еще нет, конкурс объявлять нельзя. А деньги из бюджета на школьные счета отпускаются хорошо если в мае. И израсходовать их нужно — правильно — до конца декабря, иначе их бюджет отнимет, и больше не даст, так как они «не освоены» нерадивыми хозяйственниками. Все стало ясным: начать работы можно только в сентябре, а закончить — к декабрю, иначе не успеть расплатиться. Вот в эти три осенние месяца и нужно ремонтникам уложиться.

Казалось бы, какое мне, врачу, дело до того, как там делают ремонт в школе? Так закон этот, пусть пусто будет его авторам, регулирует и закупки лекарств. Сроки и условия — смотри выше. Единственным «конкурсным преимуществом» может быть цена лекарства! Ни его качество, ни его эффективность среди аналогов — нет, если только будет одно средство на рубль дешевле другого — его купят. И это, например, послужило основой разразившегося скандала, когда на десятки миллионов долларов вместо известного препарата для лечения больных после пересадки почек, купили никому не известный индийский аналог, но — дешевле. Для подобных тяжелых больных переход с одного на другой препарат, даже если он практически идентичен, может оказаться смертельным. Но, согласно закону 94, учитывается только цена... А ведомство бодро отрапортовало, что они сэкономили. На жизнь?

Не пожалел законодатель и больницы. Главный врач, как и все остальные «бюджетные» люди, должен организовать и провести конкурс на закупку лекарств. На это уходит несколько месяцев. И если вдруг понадобится редкое лекарство, то шансов его купить нет! Больной может умирать, но конкурс должен быть объявлен. Еще как-то можно выйти из положения, нагнув на покупку родственников, но, во-первых, госпитальные лекарства не должны продаваться частным лицам (это — повсеместное нарушение, так ведь закон к этому подталкивает), во-вторых, цена может быть огромной, неподъемной для людей. И тогда больной останется без лекарств. Точно в соответствии с законом.

Где только за последние месяцы не пришлось выслушать проклятия в адрес этого акта. Вроде летом зашевелились законодатели, но к осени — стихли. Шепотом передают: это святое, на это нельзя посягать, «сам» писали-с, мол. Кто сам — не знаю, но закон нужно немедленно менять. Хватит уже издеваться...

ОБЩИЙ АНАЛИЗ

от П. Воробьева

ЗАКОН-УБИЙЦА

Как-то на первой полосе газеты «Investor's Business Daily» появилось удивительное высказывание. Речь шла о готовности бельгийской компании InBev (2-е место в мире по производству пива) заплатить 46,3 млрд. долларов за контрольный пакет акций Anheuser-Busch (3-е место в мире по производству пива); в статье об этом имелось следующее утверждение: «Постоянный, хотя и незначительный рост индустрии [производства алкогольных напитков] стал сюрпризом для тех, кто готовится к повороту экономики «на юг», и ожидает связанного с этим отказа от никому не нужных вещей, в частности, от пива». Никому не нужных?! Вы попробуйте, объявите что-либо подобное во всеулышание, находясь на трибунах спортивного стадиона, или на пляже в жаркий день. Точнее было бы сказать иначе: нет пива — нет цивилизации. Ведь цивилизация напрямую зависит от урбанизации, а урбанизация напрямую зависит от пива. Неясно, почему так?

Прочитайте чудесную книгу Стивена Джонсона, вышедшую в 2006 г. под названием «Призрачная карта: о самой страшной эпидемии в истории Лондона и о том, как она изменила облик науки, городов и всего современного мира». Книга эта представляет собой превосходный детектив с уклоном в науку; в ней рассказывается о том, как расследовались причины одного страшного взрыва эпидемии холеры, и как причина была найдена: ею оказался один-единственный колодец, из которого бралась питьевая вода для целого квартала. Вот какими словами Джонсон начинает свой экскурс в историю, от прочтения которого буквально открываются глаза: «Поиски источника питьевой воды, не подверженного загрязнению, начались одновременно с появлением первых цивилизаций. Как только стали образовываться крупные населенные пункты, главным сдерживающим фактором роста населения тут же стала дизентерия и прочие болезни, передающиеся через воду. И почти всегда решением данной проблемы служила не очистка воды, а замена ее алкогольными напитками».

Одной из самых безопасных и в то же время годных для питья жидкостей является спирт, содержащийся в пиве (и в более поздно появившемся вине) и имеющий бактерицидные свойства. Да, употребление алкоголя имеет свои негативные стороны, но, как отмечает Джонсон (в несколько легкомысленной манере): «умереть от цирроза печени в сорок лет лучше, чем от дизентерии в двадцать». Алкоголь ядо-

вит, вызывает привыкание, но, тем не менее, алкогольные напитки, особенно пиво, стали настоящим двигателем естественного отбора лучших представителей вида Homo sapiens.

Джонсон отмечает, что, по наблюдениям специалистов по истории и генетике, городские поселения и спиртные напитки появились примерно в одно и то же время, что стало причиной дарвиновской «гонки на выживание» среди людей, отказавшихся от охоты и собирательства в пользу городской жизни. Избегая грязной воды, люди пили в больших количествах что-либо другое, например, пиво. Однако для усвоения выпитого пива организму требуются определенные свойства — способность вырабатывать дополнительные количества фермента, называемого алкогольдегидрогеназой. За эту способность отвечают гены из 4-й хромосомы человека; гены эти распределены среди людей неравномерно. О тех, у кого этого фермента нет, говорят: «не умеет пить».

Таким образом, многие умирали в молодом возрасте от интоксикации и от болезней, связанных с грязной водой, и не оставляли потомства. Таким образом, городские жители начали становиться все более и более предрасположенными к пиву, так как генофонд пополняли в основном выжившие. Джонсон пишет: «Большая часть населения Земли в настоящее время состоит из потомков древних любителей пива; от них мы по большей части и унаследовали толерантность к алкоголю». Джонсон предполагает (и небезосновательно), что нашел объяснение тому факту, что некоторые группы населения Земли (американские индейцы, австралийские аборигены и др.) в большей степени, чем все остальные, страдают от алкоголизма. Эти люди попросту не прошли суровую проверку жизнью в городских условиях.

Если это так, то необычайное распространение алкоголизма среди индейцев объясняется не их униженной и полной страданий жизнью в резервациях, или, по крайней мере, не только ею, а попросту тем, что их предки не жили в городах. Впрочем, не будем ворошить муравейник страстей вокруг расизма, национальной нетерпимости и прочего, ведь эта статья призвана лишь внести небольшую поправку в рассуждения уважаемого автора газеты «Investor's Business Daily». Скажем только, что у нас хорошие новости: пиво — это здоровая пища. К тому же его не обязательно покупать у заправляющих магазинами здоровой пищи бледных больных типов, осуждающе поглядывающих на вас сквозь очки без оправы.

Итак, хватит разговоров — кому взбрело в голову, что пиво никому не нужно? Бенджамин Франклин не зря сказал: «Пиво — это доказательство того, что Бог нас любит и желает нам счастья». Если же вы — человек нецерковный или предпочитаете не смешивать храм Божий с кабаком, специально для вас переформулирую так: пиво — это доказательство того, что природа одобряет наше с вами существование.

Источник: ИноСМИ.Ру, www.vechnayamolodost.ru

ИнтерНьюс

Пальпируйте и слушайте бедренные артерии!

С целью оценки диагностической точности физикального исследования сосудов для выявления бессимптомных болезней сосудов, для выявления бессимптомных болезней периферических артерий или субклинического (бессимптомного) атеросклероза у бессимптомных пациентов или предположительно здоровых лиц доктор Коурнот провел стандартное физикальное исследование — ультрасонографию сонных и бедренных артерий у 2736 мужчин и женщин в возрасте от 20 до 90 лет без анамнеза сердечно-сосудистых заболеваний и жалоб, характерных для неврологических, коронарных заболеваний, болезней нижних конечностей. Оценивали диагностическую точность (по сравнению с ультразвуковым исследованием) аускультации шумов и пальпации пульса для распознавания значимого стеноза сонной артерии, атеросклеротического поражения сонной и бедренной артерий и снижения лодыжечно-плечевого индекса ниже 0,9. Наличие шума над бедренной артерией свидетельствовало как о лодыжечно-плечевом индексе менее 0,9, так и о бедренном атеросклеротическом поражении, и данная информация не зависела от наличия факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний. Отсутствие пульсации на обеих стопах также обеспечивало дополнительную (помимо факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний) информацию о снижении лодыжечно-плечевого индекса ниже 0,9. Наличие шума над сонной артерией не влияло на вероятность каротидного стеноза, атеросклеротического поражения или утолщения интимы-медии выше среднего уровня. Таким образом, в отличие от аускультации сонной артерии, пальпация пульса и выслушивание шумов над бедренной артерией предоставляют ценную информацию о наличии бессимптомных болезней периферических артерий и лежащего в их основе атеросклероза у предположительно здоровых пациентов.

Источник: «Доказательная медицина и клиническая эпидемиология», 2008, № 2

Умеренная полнота продлевает жизнь

Недавнее исследование японских диетологов показало, что пожилые люди, склонные к незначительному повышению массы тела, живут дольше, чем их более стройные сверстники. Однако открытие ученых отнюдь не означает, что всем и каждому следует начинать набирать вес. Во-первых, ученые предупреждают, что здоровая полнота не имеет ничего общего с ожирением. Во-вторых, для того чтобы прожить дольше, в более раннем возрасте необходимо сохранять нормальную массу тела. Как заявил руководитель исследования Тосими Саиренчи, доцент Медицинского университета Докки, когда речь идет об оптимальном весе, необходимо учитывать возраст человека. Ученые наблюдали за 32 тысячами мужчин и 62 тысячами женщинами в возрасте от 40 до 79 лет, проживавшими в префектуре Ибараки с 1993 по 2003 год. В начале исследования все эти люди прошли медицинский осмотр. За отчетный период 3930 мужчин и 3164 женщины умерли. Исключив влияние прочих факторов (вредных привычек, несчастных случаев) исследователи сосредоточились на вычислении зависимости уровня смертности в каждом поколении от массы тела. В качестве основного инструмента ученые использовали так называемый индекс массы тела. Этот показатель вычисляется по соотношению роста человека и его веса. BMI от 18,5 до 24,9 считается нормой. Если индекс превышает 25, это свидетельствует об избыточном весе. BMI выше 30 говорит об ожирении. В Сети можно найти различные варианты BMI-калькуляторов. По результатам наблюдения, уровень смертности среди мужчин в возрасте от 40 до 50 лет был минимальным при BMI 23,4. Однако для мужчин 60-70 лет это значение оказалось равным 25,3. Для японских женщин среднего возраста оптимальным стал BMI 21,6. Пожилые японки живут дольше при BMI 23,4. Между тем исследование показало, что для молодежи риск развития патологий сердечно-сосудистой системы, связанный с лишним весом, в разы перекрывает все плюсы насыщенного питания. По результатам предыдущих исследований идеальным был признан BMI 22. Люди среднего возраста с таким показателем меньше других предрасположены к болезням. Однако тогда ученые исключили из наблюдения людей старше 60 лет, и Тосими Саиренчи стал первым, кто исправил это упущение.

Источник: портал «Вечная молодость» www.vechnayamolodost.ru



ПИВО как фактор эволюции

07.08.08 Иркутск. Там за поворотом, там за поворотом, там тарарам... далее — нецензурно. Красноярск — Иркутск — чуть больше 1000 км, казалось бы часов 12, максимум 15 с остановками. Но первые сюрпризы в Красноярске: пробки. Ну не 2 же часа выбирать из города. А больше — не хотите? Долгие переезды через железнодорожные пути, светофоры, объездная дорога только строится. Не понятно, появится ли новый мост. Тут вам не Америка, где летишь по акведукам над реками и морскими заливами — каждый мост строится раз в 50, а то и в 100 лет. Хотя рядом хороший мост в Дивногорске, но дорога туда — лишь по одному берегу реки.

Дальше — сопки, многокилометровые тягуны, сплошные заставы гайцев, в бинокль с камерой отслеживающих выезд на встречу. Не разгонишься. Скорость первые 100 километров сильно упала. Ближе к Канску дорога стала полегче, да похуже. Мелькнули 3 съезда на Заозерный, за ним на Кане стоит Зеленогорск, раньше — Красноярск-45 или Сорокопятка. Километрах в 25 от поворота в сторону Заозерного — деревня Большие Ключи. Я тут работал в 75-м году, клал эту дорогу. Пытаюсь узнать места — не узнаю. Прошло 33 года, человеческая жизнь, и вы знаете — чья. Рядом со стройкой шел грейдерный тракт, от него угадываются только проплешины-просеки в лесу. Они еще не заросли деревьями, но густо — травой. Здесь лежат мои 4 километра. Точно могу сказать про перекресток в Больших Ключах: мы делали тут откосы. Задача была — утрамбовать землю, установить опалубку, вручную, лопатой закидать бетон и вручную его провибрировать. Делали все ногами, вставляли гуськом и трамбовали, так же ногами гуськом «вибрировали». Расход бетона был мал, объем «освоения» — мал, работа эта оплачивалась плохо. Конечно, хотелось бы, чтобы положенный с моим участием отрезок трассы был самым гладким и ровным, но мне кажется, что он, наоборот, был весь в выбоинах. Как бы то ни было, я сфоткался около надписи, потом заехал в поселок. Не узнал ничего, кажется, что половины домов не было — стоят кирпичные бараки там, где некогда было поле.

За Канском дорога кончилась. Проявилось несколько новых терминов: смытый асфальт, сиськи. Образно. Смытый асфальт — хуже некуда. Бугры посередине дороги достигают десятков сантиметров. Из-за отсутствия в



В Больших Ключах через 33 года

подушке дороги гравия грузовики выдавливают куски асфальта в центр, где он вздыбливается. Такой дороги — по первости честно, с предупреждением — 40 км. Потом — без предупреждения. Едешь — новый ровный как стекло асфальт, на повороте — выбоины, надолбы. Яму, критичную для подвески, можно ожидать за любым поворотом. Периодически асфальт, к счастью, кончается, идет гравийка, по которой можно ехать до 120–130 км/час. По асфальту — то 140–150, то — 50–60. К счастью нет больших камней, а высокий клиренс машины позволяет не очень лавировать и сбивать скорость. Иногда перед ямами стоят знаки «неровной дороги» — сиськи — как образно назвал их Миша, но не ясно, что они изображают: то ли небольшую тряску на ровном асфальте, то ли жуткие катаклизмы. Едешь, стережешься каждого поворота.

Тайшет, начало БАМа. Я когда-то хотел сбежать из дома на БАМ вместо института. Тогда вразумил меня академик Израиль Моисеевич Гельфанд. Может быть зря? — строил бы я в этих местах какую-нибудь дорогу, глядишь «поровнее дорога бы мне легла». Все время пересекаем железную дорогу, иногда стоим по 30–40 минут, пропуская по 3 поезда. Интенсивное товарное сообщение, в товарняках — по 70–75 вагонов.

Постепенно растет цена топлива, дизель стоит больше 30 руб. Цена дизеля и бензина сравнялись. Это не понятно. Ведь дизелем пользуются крестьяне, он льется в дальнотойщиков. Все моторы становятся золотыми, соответственно резко возрастает затраты на сельхозпродукцию и транспорт. Резко — в разы, ведь еще недавно дизель стоил существенно дешевле. Что это? Кем-то спланированная акция? Борьба с крестьянством?

В Иркутск приехали в 3 часа ночи. От Красноярска отъехали в 12 часов дня. Плюс на час сократилось время из-за часовых поясов.

08.08.08. Листвянка, берег Байкала. По сибирским дорогам кресты, кресты стоят... Поездка вперед закончена. До сего дня мы шли точно в графике, хотя и приходилось напрягаться. До Байкала мы проделали путь ровно в 10 тыс. км. Сегодня мы остановились. Нужно будет через несколько дней возвращаться, забирать машину из Тю-

мени. Увы. Простите меня, коллеги из Свободного, Благовещенска, Хабаровска, Комсомольска-на-Амуре, Ванина, Южно-Сахалинска и Владивостока. Искренне хотел я попасть и поговорить с вами, но на одной машине впятером, бросив половину вещей, с маленьким ребенком — не рискну.

Ушкунники за справедливым здравоохранением

(часть 4)

(www.rspor.ru)

П. Воробьев

По дороге в районе Тайшета, других городов, как и раньше около Тюмени, по дороге в Каргасок стоят большие — метра по 3–4 православные кресты. Оказывается, это была такая всесибирская акция памяти — установить кресты в местах массовых репрессий. Ничего-то про эту акцию не было слышно в прессе, она не обсуждалась, но только на нашем маршруте мы видели их не один десяток. Не ясно, стоят ли они в местах расстрелов, на местах массовых захоронений или лагерей. Думаю, что они обозначают географические точки, где были лагеря. Кто их ставил, зачем, на какие средства, кто участник процесса, почему никто про них не знает — не понятно. А жаль, память должна быть всенародной.

Мы встали в частной гостинице прямо на берегу Байкала, недалеко от памятника погибшему тут Вампилову и от Лимнологического института. Виден исток Ангары. За 2 дня мы проехали Ангару от устья до истока. Великая, могучая река.

09–11.08.08 Листвянка, берег Байкала. И вот по шпалам, опять по шпалам, иду домой по привычке... Стоим, спим сколько хотим, с трудом подымаю команду на завтрак. Поспать — это мы любим, даже на маршруте раньше 10 утра выехать не удается. Все, кто приезжает в Иркутск бывает в Листвянке. Всего-то 70 км по отличной дороге. Здесь был Лимнологический институт, но его теперь перевели в академгородок Иркутска, а в здании остался музей, который стал самостоятельным учреждением РАН. На первом этаже появился аквариум с нерпами, омулем, налимом и др. На 3-м этаже — старая, но очень интересная выставка животного мира Байкала. И очень странная экскурсовод, по-моему — профессиональная актриса. Говорит текст так, как роль со сцены читает. С заученными прибаутками. В целом — интересно, хотя спросить что-то боишься: вдруг не знает, собьется, и весь эффект испортится. На экскурсию постепенно набилось человек до 50, и мы отстали. Но, кое-что услышали, главное, как работает уникальная экологическая система в виде рачков разных, например — бокоплавов. Они объедают рыбью тушку, опущенную в озеро за сутки до скелета. Как пираньи. И очень доходчиво нам сообщили, что некоторым рыбкам бокоплавов влезает в анальное и ротовое отверстия. Натурализм такой, все с улыбкой, ямочки на щеках актрисы играют. Конечно, про Шаман-камень, как проверяли на нем невест — сошла за ночь с ума — не годится в жены. И про землетрясения, которых тут по 3 штуки в день.

Поднялись на канатной дороге вверх, посмотреть на Байкал со смотровой площадки. До самой дороги нужно идти километра 1,5 вверх от музея, можно доехать, да нет указателей. Прокатились на катере со стеклянным дном — самоделка местная. Прозрачность воды сейчас мала из-за летнего цветения — метров 15–20 видно вместо 30–40. Катерок ходит в исток Ангары, там глубина метра 3–4, не больше, на дне полно грязи, какие-то банки консервные, пакеты, бревна. Нет так, чтобы все устлано, но встречается. Рыбных стаяк не много. И камень, камень, почти без водорослей. Подошли довольно близко — метров на 15 — к Шаман-камень, посмотрели, как сиделось на нем невестам. Усидеть было можно.

У самого истока находится нерпентарий, в котором за деньги две нерпочки делают фокусы. Обшарпанный бассейн, мало места, помост какой-то из вторичных материалов — звери хороши, дрессура — хороша, антураж — ужасен. Денег там собирают немало, есть и спонсоры, о чем свидетельствуют надписи-доски на стенах. Но почему такое убожество — не ясно. Чуть выше рынок, где бойко идет горячий омуль, изделия из кедр и камня. Тут покупал я Бурхана на 75-летие Зиновия Соломоновича Баркагана в 2000 г. Он потерял меня тогда из виду, телефоны сотовые еще не были так распространены, послал за мной в Листвянку больничную машину, которая меня не нашла: я в это время уже летел в Новосибирск. По прилету меня встретила сотрудница Санофи Анжела, вся в растрепанных чувствах, так как ее Зиновий Соломонович терроризировал все 3 часа, что я «пропадал с радара». Он любил четкость, отчетность о каждом чихе, тщательность не только в работе, науке, но и в быту. Трещивал, чтобы я привозил его за 3 часа в аэропорт в Москве, до начала регистрации, тогда как я старался приехать аккуратно к ее концу. Никогда не опаздывал, но он мне всю дорогу выговаривал, начиная выговор дня за 2 до отъезда. Брюзжал, он это любил.

На рынке встретили трех байкеров из Владивостока. На вопрос, как дорога, ответили: «Дороги нет, есть на-

правление». Сколько раз мы уже слышали эту фразу. А как доехали? — «Нормально» — был ответ. Если не упираться, держать не высокую скорость, то проехать не составляет никакого труда. Нужно объезжать камни острые и ямы глубокие, а так ехать можно. От Благовещенска до Читы они доехали за 4 дня.

Глубокой ночью, «по москве» что-то около 3 часов, позвонил один из приятелей снова, поехавших в этом году в Крым на мотоциклах. Они приехали туда пару дней назад, и уже приступили к активному отдыху. К вечеру началось у него головокружение, тошнота, появилась сильная слабость, вроде даже звон в ушах. Температура тела снизилась до 35,5 градусов. И очень тревожное состояние. Ну, просто — тревога и все. А еще — нарушилась координация движений, трудно идти, не совсем точно работают руки. Он вообще стоически переносит все неприятности со здоровьем, а тут, видимо, перепугался. Что я мог за 7000 км по телефону? Так как картина вообще всего напоминала гипертонический криз, предложил ему, чтобы кто-нибудь съездил в аптеку, купил тонометр и эналаприл. На счастье, они вызвали «скорую», которая намеряла нормальное АД. Из переговоров стало известно, что они немного «отравились» накануне в местном кафе и был жидкий стул. Тут меня осенило — это ОБЕЗВОЖИВАНИЕ и ОБЕССОЛИВАНИЕ. У меня были очень похожие симптомы при схожих обстоятельствах, о чем я писал в нашей газете. Ну конечно — страшно становится, а ничего конкретного нет. Просто очень плохо.

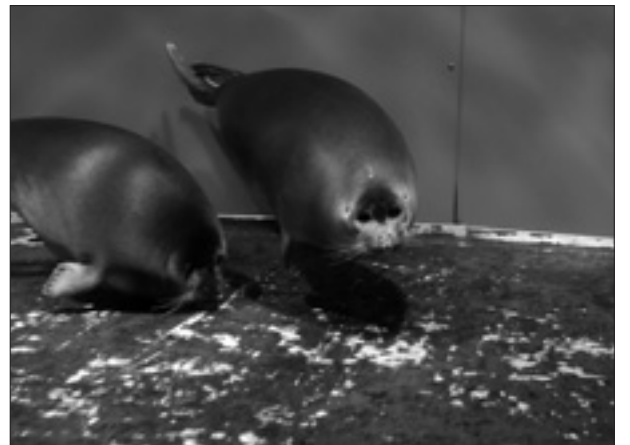


ХД или федеральная трасса на восток

И пить — не хочется! Посоветовал я ему соленой воды, выпил литр-другой, поспал — отпустило.

Это 2-й случай за год. В июле с молодым родственником ездил в Липецкую область установить на кладбище памятник. Было жарко. Он, назовем его С., всю дорогу — а это около 300 км — ехал с открытым окном, подставляя лицо горячему ветру. Рука на подоконнике, ветер развеивает волосы, вокруг поля, перелески — сами знаете, какое радостное ощущение. Только скорость движения была нами установлена около 120–130 км/час. Дорога хорошая, и если не было заторов — так и шли. Днем поработали под палящим солнцем, перекусили, немного попили воды, а вечером, перед сном пошли в местный ресторан. По дороге туда обсуждали — такие мужицкие разговоры — как хорошо выпить сразу кружку холоденького пива. Пришли, С. выпил пива чуть не залпом — и тут ему стало худо. Минут через 5–10. Симптомы — похоже: слабость, тошнота, даже скорее — дурнота, и тревожность. Ноги подкашиваются. Попытался я его уговорить выпить много соленой воды — не смог. Он ушел, пил воду в гостинице, а к утру все восстановилось.

Тут интересен патогенез — не столько обезвоживание, сколько, по-видимому, нарушение солевого баланса. Выпив сразу, залпом пол-литра пива, С. «развел» кровь, в которой соли уже было мало, но ситуация как-то компенсировалась. Равновесие солевое было нарушено. Те, кто занимался гемодиализом, хорошо знают этот синдром, он так и называется: синдром нарушенного



Жители Байкала

равновесия, или дезэквилибриум синдром. Он встречается и при поносах, и у больных с анусом претер натуралис, и при избыточном применении мочегонных.

Пишут мне из Благовещенска, что мы берем на себя повышенные обязательства по поездке, и они нас предупреждали... Немного менторский такой тон, я бы сказал — свысока, «по-сибирски» похлопывают по плечу. Это, мол, дороги не среднерусские, тут вам не там, и т. д. Был один человек из Ангарска, Дядя Миша, он тоже все говорил, что дороги сибирские — не дороги русские, мол,

Начало на стр. 8 ↗

рамы рвут тут на машинах. Как много страшилок — чего пугают? Навстречу идет почти сплошной поток перегона машин из Владивостока, сотни машин, они-то как-то прошли этот путь. За много лет общения с сибиряками пришлось слышать всякое — и морозы тут другие, страшные, и народ не тот — злой, набрасывается на проезжих. Но на проверку выходило, что ничего такого принципиально иного не встречалось. Получается, что мир делится не только «за Садовым кольцом и внутри», а еще и на «Сибирь» и все прочее».

В Листвянке вновь встретили команду Артемия Лебедева. Они рассказали нам ужасы про свою поездку маршрутом Красноярск—Иркутск. Впечатление, что ехали мы по разным дорогам. Сам Тема потерял на дороге 2 колеса, расколос один диск на 2 половины. Я о такой травме не слышал ранее. Другая машина — ренджровер — оторвала мост от кузова и приехала на эвакуаторе. На сайт ребята выкладывают снимки вздыбленных ямами машин. Впечатление, что они ищут приключений, или за рулем совсем неопытные водители. Ребята вполне доброжелательны, хотя несколько уставшие — днем едут, ночью осваивают местные тусовки. Записали какое-то интервью. Я без всякого эпатажа сказал, что, по моему мнению, самая большая головная боль нашего здравоохранения — первичное звено. Все заняты специализированной помощью, высокими технологиями, а первичное звено вымирает как класс. В этом я еще раз убедился, поговорив с врачами и пациентами по дороге. Вначале было впечатление, что только в Москве такая жуть, хотя власти и пытаются что-то порешать, в частности — за счет мигрантов, выдаивания близлежащих областей (работают врачи вахтовым методом 1—2 недели, потом отдыхают где-нибудь у себя на Смоленщине). Но худо везде, и чем дальше от города, тем первичное звено бесперспективней.

И второе — нужно что-то делать с БАДами в государственном масштабе — эти жулики реально вытесняют нормальное здравоохранение. В аптеках на прилавках одни БАД. Так как реклама лекарств существенно ограничена, врачи, как и пациенты, потребляют лабуду про БАДы, которые никем и никак не проверяются и не контролируются. Даже в Олимпиаду сплошная реклама капилара — агрессивного БАДа. И врач первички, и пациент знают, что БАД лечит все, а про современные лекарства не имеют понятия. Недавно больной спросил в форуме, а пить ли ему гливек, не рекламный ли трюк это иностранных фирм. Смешно? А 3 года назад гематолог в Ростове отказывалась назначать этот препарат по тем же соображениям — не верю, мол, что он помогает. Зато в какую-нибудь мерзость вроде витурида наверняка верит: там убедительная реклама. Заметьте, что регистрацию БАД ведут не врачи, а люди с немедицинским — санитарным — образованием. Им виднее, что помогает, и как, — в Роспотребнадзоре. Конечно, деньги большие.

Ну, это в сторону. Сплавали на буксире «Штиль» на Кругобайкальскую железную дорогу, ей ровно 100 лет. Ее не успели построить к русско-японской войне и тогда впервые рельсы положили прямо на лед, пустив поезда через Байкал. Очень быстро дорогу закончили. Тогда строили быстро и качественно. Правда, как объяснил нам капитан, при Сталине навели порядок и дорогу переложили. Действительно, рядом стоят старые фермы. Когда построили Иркутскую плотину, часть дороги от Байкала до Иркутска ушла под воду. Плынешь по Ангаре — зрелище фантастическое: рельсы идут в реку. Поэтому дорога перестала играть прикладную роль. Но по ней идет пассажирский туристический поезд и грузы из порта Байкал до Слюдянки. Какая-никакая, но жизнь.

Мы поспорили с капитаном по поводу роли Сталина в истории. Я уловил какие-то сталинские нотки в его речи, однако он быстро свернул на репрессию. Я ему напомнил, что БАМ начинал строить Сталин, что там были одни из самых кровавых лагерей. Планировал — Николашка второй, пухом ему земля, реализовывал Иосик усатый, а доделывал незабвенный Леонид Ильич. Недаром в Тайшете кресты памятные стоят в нескольких местах. Никто про это не помнит, никто не складывает мозаику. В одном из лагерей на БАМе вохра крошила весь лагерь — то ли бунт был, то ли просто развлекались (без приказа начальства — сомнительно). Но река окрасилась кровью и несколько дней текла кровавой. Так рассказывают... Бунты были санкционированы, война воров и сук велась по приказу, сук привозили в лагерь и они вырезали воров. Такое описано в единственной книге про Ванينو, куда я не добрался. Хотелось бы с автором поговорить, а то про Ванينو мы знаем только слова песни «Ты помнишь тот Ванинский порт».

13.08. Красноярск. Домо-о-ой, там так сладко бьется сердце... Утром из истока Ангары на Байкал несет ключья тумана, завлакивающие порт Байкал, Кругобайкальскую дорогу, мыс Толстый... Начат обратный отсчет времени, мы возвращаемся.

До Москвы еще тысяч 7 км и дней 10 дороги. За вчерашний день прошли более 1200 км, из них 150 — суммарно — плохой дороги. Или, как ее обозначил Миша в бортовом журнале — «ХД». Как пишется, так и читается. Обратное смотрели более внимательно, записывали длину отрезка и время его прохождения. Берет «гордость» за нашу великую страну и ее «управителей» — как можно себя не уважать, чтобы иметь такую федеральную трассу? Как можно ненавидеть страну, чтобы иметь подобие трассы вокруг Новгорода Великого. Или до сих пор мстим новгородцам за их свободолюбие и самостийность? Позорище! Даже при царе понимали значение дорог, их роль в цивилизации. Сначала — волоком и вплавь — появились остроги — Тобольский, Енисейский, Томский, Красноярский, Иркутский, Братский, Якутский, Хабаровский и т. д. Это было сделано всего за несколько лет в XVII веке, на протяжении жизни одного поколения. Как-то недооценивается скорость освоения рек и волоков. И какой все-таки позор — не построить дороги в XXI веке.

Потом пошла «железка», до Владика она дошла в 1916 году, на Байкале — в 1908 г. Пройдя другими городами — не осторожными — южнее, она поменяла историю многих столиц, сделав их провинциальными поселками. Увы, технологии радикально меняют мир. Нужно успевать приспосабливаться к смене технологий. После паровоза пришел автомобиль. И — страна наша села в лужу. Весь мир озаботился в 30-е годы XX века сделать асфальтовые и бетонные дороги по своей стране. Мы часто рассказываем небылицы про фантастические немецкие дороги — автобаны — а ведь их строил Гитлер еще до начала 2-й мировой войны. Да, руками рабов, заключенных концлагерей. В США во время Великой депрессии умирающих от голода безработных гнали на строительство дорог, покрыв автомагистралями всю Северную Америку. А мы гноили зеков на приисках, в шахтах, на лесоповале — главное было унизить, растоптать, убить, превратить в «человека нового типа» в яме могильной. Если до советской власти Сибирь насыщалась ссыльными, развивалась ссыльными, ссыльные были ее интеллигентной составляющей, то советская власть превратила Сибирь и Дальний Восток в страну «ЗК» — потомков людей опущенных. И стоят теперь свидетелями этого рабовладения мертвые фабрики и заводы, шахты и прииски, до которых нельзя доехать — дорог как не было, так и нет. Была великая цель — мировой коммунизм, а цель, как известно, оправдывает средства. Любые.

Еще одну технологию, которую мы упустили: транспорт XX века — самолет. Во всем мире вы летаете не прямыми рейсами, а через аэродромы подскока или аэропорты-коллекторы. В США таких несколько, например в Атланте. В Европе — Шарль де Голль в Париже и Франкфурте-на-Майне. Прямых рейсов немного, чаще идут пересадки. Это только на первый взгляд плохо. Но сегодня из Красноярска в Хабаровск хорошо, если раз в неделю летает самолет, представьте бедного командировочного, которому нужно на 1—2 дня переместиться. Он должен ждать несколько дней посадки у себя, потом прилетит, и неделю будет ждать посадки обратно? Из каждого сибирского города в Хабаровск ежедневно нужно лишь нескольким людям, и все они ожидают полета несколько дней. Если бы в Красноярске или Иркутске был аэропорт подскока — прилетел туда, пересел на хабаровский рейс (он — полон пассажирами из других городов Сибири и Урала) и — вперед. И каждый день — рейс, и каждый день — стыковка. Свобода перемещения, связи, коммуникаций (написано до начала проблем КрасЭйр).

Так вот. Участки дороги по 10—15 км отвратительного пути сменяются вдруг очень хорошими — километров по 30. Потом — издевательский щит — ведется реконструкция Федеральной трассы «Байкал» — и снова ковыляем с боку на бок. Дороги — это не абстрактное явление, а имеющее прямое отношение к обеспечению принципа справедливости в здравоохранении. Нет дорог — нельзя довезти больного до медицинской организации, нельзя обеспечить физическую и временную доступность медицинской помощи. Это более чем серьезно, так как недоступность медицинской помощи является едва ли не основным фактором неудовлетворительного состояния отрасли сегодня. Куда годится, что парню с гемофилией для того, чтобы сделать анализ, нужно из Архангельской глубинки неделю (!) ехать в Москву или в Питер?

Ночуем на даче Гительзонов, прямо на левом берегу Енисея, рядом с плотинкой. Долго заезжали сюда по дороге, вырубленной в горе, петляющей в темном и дремучем лесу. Проводником был зять Иосифа Исаевича, который меня пригласил любезно еще неделю назад. Он — врач-лаборант и довольно известный писатель-фантаст, причем, что — его профессия, а что — хобби я до конца не понял. Честно — книгу его не читал. Хотя мне прислали одну, но она меня смутила своим объемом,

Продолжение на стр. 10 ↗

ИнтерНьюс

Давление в Америке растет, и пухнут люди

Все больше американцев лечатся от высокого артериального давления и чаще умирают от гипертонии. Как и при других отрицательных тенденциях, при анализе здоровья нации, увеличение числа гипертоников в США связано с не сходящей темпов роста эпидемией ожирения, констатируют исследователи. Обзор включал анализ информации о здоровье людей старше 18 лет в течение последних 5 лет. Было замечено, что гипертония стала затрагивать здоровье и молодых людей и в большей степени встречалась среди мужчин. Однако чаще всего от высокого давления страдает 60-летние американцы и женщины в возрасте от 40 лет. Среди опрошенных — 72% гипертоников знали о собственных проблемах с давлением, 61% проходили курс лечения, а 35% успешно контролировали свое давление. Значительный процент людей, осведомленных о заболевании, но не предпринимавших никаких шагов к лечению, беспокоит эпидемиологов. Сама практика лечения гипертонии в стране еще далека от идеальной, считают эксперты Национального института сердца, легких и крови (NHLBI). По их словам, полученные данные дают дополнительный импульс для предотвращения ожирения иощерения здорового, активного образа жизни в качестве главной стратегии профилактики гипертонии. Эти меры особенно актуальны в последнее время, так как за последнее десятилетие распространенность детского ожирения в Америке выросла в несколько раз.

Источник: Ami-tass.ru

Думающие беременные


Ученые из США установили, что, вопреки стереотипам, рождение детей на многие годы улучшает работу мозга у женщин и защищает их от возникновения нейродегенеративных заболеваний в пожилом возрасте. С. Kinsley, автор исследования, говорит, что во время беременности умственные функции временно ухудшаются, но это связано лишь с перестройкой мозга, который тоже готовится к материнству. По некоторым данным, у беременных женщин ухудшаются память и способность к анализу данных. Kinsley считает, что это лишь временное явление, которое в отдаленной перспективе значительно улучшает возможности мозга. В экспериментах на крысах и приматах ученые продемонстрировали, что самки, имеющие детенышей, действуют смелее и быстрее, чем самки без детенышей. Кроме этого, самки с детенышами лучше ориентировались в пространстве, а в их мозгу были лучше развиты участки, связанные с заботой о потомстве. Хотя исследование было проведено на животных, авторы считают, что результаты вполне можно экстраполировать на людей, ведь механизмы, отвечающие за воспроизведение, похожи у всех млекопитающих. В другом исследовании австралийские ученые решили проверить гипотезу о том, что умственные способности женщины снижаются во время беременности. Психиатры из Австралийского национального университета не нашли доказательств этой гипотезы. Они проверили умственные способности 2500 женщин в возрасте от 20 до 24 лет в 1999 г., а затем в 2003 и 2007 гг. Оказалось, что у женщин, которые были беременны во время 2-го или 3-го тестирования, память и логика работали так же, как и в первый раз. Результаты тестов не отличались у беременных женщин и в группе контроля. Х. Кристенсен, главный автор исследования, говорит: «Странно, что многие беременные женщины жалуются на свою память, хотя фактически она работает нормально». Вероятно, женщины замечают свои мельчайшие ошибки и провалы в памяти, связывая их с беременностью, которая занимает все их мысли. Из экспериментов на животных можно заключить, что умственные способности женщин во время беременности скорее улучшаются, чем ухудшаются.

Источник: Medical News Today

Увольняйте на здоровье

Остается пока неясным, что испытывают люди, пострадавшие от массовых увольнений при банкротстве компаний и от преждевременного ухода на пенсию. Физическое недомогание — да, а повышается ли их смертность? В США одним из самых масштабных событий такого рода было банкротство Pan American в 1991 г. Смертность более 13000 человек отследили до 2002 г., и оказалось, что она не повышена у принудительно уволенных по сравнению с уволившимися ранее добровольно. Среди уволившихся по состоянию здоровья (одна из контрольных групп) смертность, естественно, оказалась повышена в 2,5 раза.

Источник: «Доказательная медицина и клиническая эпидемиология», 2008, № 3



СТАНДАРТИЗАЦИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ. Лекции

Архив журнала "Проблемы стандартизации в здравоохранении" 1999—2005 гг.
Под редакцией академика А.И. Вялкова и профессора П.А. Воробьева
Издательство "Ньюдиамед" 2007 г.

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

ИнтерНьюс

Антисептики прорастивают устойчивых к антибиотикам мутантов

Средства для дезинфекции, призванные уничтожать бактерии, на самом деле могут увеличивать устойчивость микробов к лекарствам. Группа американских и французских исследователей обнаружила, что низкие концентрации дезинфицирующих веществ, так называемых биоцидов, могут сделать одну из самых опасных для человека бактерий — золотистый стафилококк — устойчивой к антибиотикам. Биоциды используются в дезинфицирующих и антисептических веществах, чтобы убивать микробы. Они применяются для уборки в больницах и дома, стерилизации медицинского оборудования, очистки кожи перед хирургическими манипуляциями. Однако при низкой концентрации этих веществ бактерии могут выжить и стать устойчивыми к лекарствам. «Бактерии, такие как стафилококк, производят белки, которые могут «выкачивать» различные токсичные вещества из клетки, препятствуя антибактериальному эффекту и делая их устойчивыми к антибиотикам», — говорит ведущий автор исследования, доктор Г. Каатц из Медицинского центра Управления по делам ветеранов в Детройте. Он и его коллеги помещали золотистые стафилококки, взятые из крови пациентов, в среду с низкой концентрацией дезинфицирующих веществ, которые часто используются в больницах. «Мы обнаружили, что воздействие низких концентраций широкого спектра биоцидов приводит к появлению устойчивых мутантов. Число «откачивающих белков» у бактерий увеличилось. Поскольку они также могут избавлять клетки от антибиотиков, патогенные бактерии с большим количеством «насосов» становятся угрозой для пациентов, так как они более устойчивы к лечению», — говорит Каатц. По его словам, постоянное воздействие дезинфицирующих веществ, например, во время уборки, может создать штаммы бактерий, которые способны сопротивляться антибиотикам. Они могут стать значимым компонентом внутрибольничных инфекций. Авторы исследования призывают более осторожно использовать как антибиотики, так и антисептики.

Источник: РИА «Новости»

Немецкие коллеги предупреждают о вреде витаминов

Дни становятся короче, температура воздуха понижается и приближается сезон гриппа — в это время многие люди начинают активно пить витаминные препараты в качестве меры предосторожности. Витамин С не предотвращает действие вирусов, и польза большинства диетических и витаминных добавок зачастую завышена, уверены врачи Немецкого института по обеспечению качества и эффективности медицинской помощи (IQWiG, Германия). По мнению экспертов, такая профилактика не только не предотвратит простуду, но может навредить здоровью, так как высокие дозы витаминов тоже опасны, а выгоды антиоксидантов переоценены. На протяжении многих лет считалось, что витамин С обеспечивает защиту от простуды, рака и даже продлевает жизнь. Профессор П. Савицкий, директор института IQWiG, опровергает эти убеждения, заявляя, что польза витамина С для здоровья — просто миф. По его словам, трудно отказаться от глубоко укоренившихся в сознании верований, но они не соответствуют действительности, пока научно-исследовательские центры на основе доказательств и фактов не придут к противоположному выводу. Повышенное употребление витаминов не является панацеей от респираторных инфекций, будь то грипп, насморк или боль в горле, считают ученые. Они советуют более внимательно относиться к вопросу личной гигиены, чаще и тщательно мыть руки с мылом и не прикасаться к лицу на улице — это самое простое и действительно универсальное профилактическое средство против болезней.

Источник: АМИТАСС

Начало на стр. 8, 9

я ее отложил до отпуска, и она потерялась в беспорядочном ворохе бумаг на моем столе.

14—15.08.08 Новосибирск, Омск, Тюмень. Время пришло, расставаться пора... Дорога Красноярск—Новосибирск неинтересна своим, в общем, приличным покрытием. Есть отдельные места с двумя рядами в каждую сторону, разделителем. Но они — эти участки автобанов — так же внезапно кончаются, как и начинаются — посреди тайги. Часто нельзя понять, зачем дорога вьется, делая повороты на 90 градусов каждые 500 метров. В одном месте дорога объезжала... огород! Иногда поражаешься бреду строителей. А иногда — дивисься новым технологиям, которые явственно видны: например под Мариинском укладка полотна на материю (стекловолоконно), матерчатые сливы от полотна каждые несколько метров, заполненные крупным гравием. Такая дорога будет стоять, под асфальтом сухо и ее не будет пучить в морозы.

Этот отрезок пути запоминается своими видами, просторами, которые периодически открываются с вершины очередной сопки. Конечно, мы их видели уже не мало, но каждый раз от красоты захватывает дух. Несколько раз видели открытые разработки, карьеры, наворотившие вокруг себя новые горы породы. Они тоже выглядят монументально и по-своему впечатляют. Такой пейзаж — кокетливо выглядывающий из-за макушек леса шагающий экскаватор. Их величину можно оценить, подъехав к ним, но туда дорога закрыта — прямо на съездах с трассы стоят шламбаумы. Теперь это частная территория. Раньше она была закрыта из-за зон, теперь — из-за частного капитала. Времена меняются...

«Приятно удивил» своими гостиницами Новосибирск. Их тут довольно много, первая, на которую наткнулись — «Сибирь». Отель скромно предложил нам номера по 7 тыс. руб. Отослали далее в «Новосибирск», на привокзальной площади — там всего по 5 тыс. После переговоров удалось найти номера в гостинице «Центральной» «всего» по 3 тыс. Но номера из советского номенклатурного прошлого: ванны сидячие (их делали, по-моему, в шестидесятые-семидесятые), бра, люстры, столы и стулья, холодильник, радиоприемник трехпрограммный — все музейно-архаичное. Только телевизор — новый. Часть номеров без душа и туалета — они общие. Я бы брал за посещение такого номера гостиницы как за музей. Но вода течет разная, шампунь лежит, все вежливо и споро, например, принесли раскладушку для Иры. Горничные с рецепшеном переговариваются по воки-токи. В гостинице хороший ресторан, я по предыдущим посещениям помню, что в Новосибире готовят хорошо, тут едально уважают.

Утром поехали в музей техники Транссибирской магистрали. Много паровозов, всякого разного, что можно рассмотреть. Стоит вагон-кухня и вагон-операционная санитарного поезда. Только производства он почему-то 37-го года. С кем тогда воевали — не припомню. Или готовились активно? Пока гуляя по музею, мимо на полном ходу проследовал состав с военной техникой — боевые машины пехоты, санитарные автомобили, несколько вагонов охраны. Как-то нехорошо жгало сердце — на фронт? Конечно, может быть и на учения, но что-то, колеся тысячи и тысячи километров по России многие годы, давно не видел я состава военной техники. И не зачехленная ведь техника идет. Несется состав в городской черте, мимо перронов, как литературный поезд, по зеленому коридору. Думать о плохом — не хочется...

Дорога от Новосибира до Омска идет в основном через болота. На болотах дорога, мягко говоря, неровная. Ехать можно, но о-очень неровно. Впрочем, за 6 часов удалось преодолеть это расстояние. Ехали без обеда, с одной остановкой (не считая двух заправок). Въехали в город засветло. Поездили по городу, благо никаких затворов нет. Омск строится. Город очень богатый, откуда деньги — не ясно, но кварталы и кварталы новых домов, мосты, офисы. Улица старого центра из капитальных двухэтажных купеческих особняков. По-моему это улица Ленина. Как шутит про Омск «Наша Раша», видимо, небезосновательно — Газмясо.

Андрей все время в городах пользуется картами Гугля, очень помогает найти. Фотографии со спутника, поэтому иногда можно определить даже крупные, особенно необычной формы, здания. И хотя нет названий улиц, все равно можно очень здорово проехать по маршруту. Фантастика этот Интернет. Гостиница «Турист» в самом центре, на берегу Иртыша. Прямо против входа — домик Колчака. Сама гостиница не менее «совкова», чем в Новосибирске, но цена ниже в 1,5 раза, более того, нам предложили опцию оплаты за пол-сутки. Может быть и раньше про то нужно было спрашивать — не знаю, но такую оплату я встречаю впервые. Гостиница пуста.

На обратной дороге порыжел лес. Сначала просто изменился общий фон, но с каждым днем все больше встречается деревьев с желтой или красной листвой. Осень наступает, в горах это выражено сильнее. Поля зерновых все чаще убраны,

лежат скирды соломы. По дороге туда на полях лежали рулоны сена, теперь — солома. В полях комбайны Россельмаш и Красноярского (Енисей голубой) заводов — специально смотрели. Хотя и иностранные встречаются. Много «Кировцев». Вообще удивительно, как много полей засеяно. Все говорили о потере пашни, о гибели сельского хозяйства. На вскидку: не менее 80% полей, так или иначе, используется. Или стоят под паром. Брошенные поля, на которых уже кусты растут, практически нет. Может быть севернее — под Кировом и Пермью — такой заброшенной земли было поболее, так там и деревни вымершие стоят. А тут, южнее, все живет. Мы ездили по разным дорогам, не только федеральными трассами — везде картина одинакова. И хотя коровники в основном разрушены, коров гуляют по полям огромное количество. Несколько раз видели мы и работающие животноводческие комплексы. Восстанавливают старые, кроют крыши, ставят и совсем новые комплексы.

Кстати, про российскую технику. По пути от Красноярска в Иркутск шел навстречу огромный поток китайских большегрузных грузовиков. Они, конечно, сильно подвинули нашу технику. А от Новосибирска густо идут новые КАМАЗы, Уралы, УАЗы. Видимо конкуренцию мы пока держим. Да и на дороге все-таки пока КАМАЗов больше, чем других машин (правда, тут относительно мало трейлеров, они чаще западного производства). Очень много жигулей, лад. Центры продаж в городах. Вообще число праворульных машин снижается, в Красноярске — специально считали — всего 40%, хотя еще лет 8 назад практически все машины были с правым рулем. А в деревнях в основном жигули, много москвичей, встречаются живые волги. Запорожцев вот нет — иномарка. Зато несколько раз встречали живого 401 москвича.

До Тюмени дорога уже знакомая, доехали быстро с одним перекуром. При въезде в Тюмень стояло несколько автобусов, из них два — из Москвы. Удалось договориться с одним из них, и мы погрузили оставленную машину на платформу. Все это время она тихо простояла на платной стоянке. Для упрощения решения проблем на автовокзал сел Миша, и уехал. Расставание было каким-то неожиданным. И грустным. Вместе прожиты 3 недели, пройдено почти 15000 км. И вдруг дороги разошлись.

17.08.08. Московская область. Последний бой, он трудный самый. Вот мы и дома. 16 августа в 6 утра по Москве выехали из Тюмени, до полудня 17-го проехали 2350 км. Через Курган, Челябинск, Уфу, Набережные Челны, Казань, Нижний Новгород и Владимир. Шли почти без остановок — только на бензоколонках. Утром 16-го съезжали немного перекусить в придорожную березовую рощу, недалеко от Челябинска, которая просто светилась на солнце, и обнаружили разорванное колесо. Стали менять, дважды уронили машину с домкрата, хотя почва и был плотной, но оказалось, что машину проще удерживать не подкладками под колеса (она сползает вбок, что несколько необычно, пришлось забивать в землю лопатку), а торомозом. В качестве тормозоудержателя была использована Галя. Провозились в результате 2,5 часа. В целом дорогу от Тюмени до Кургана можно оценить на 3,5—4 балла, а от Кургана на Челябинск — на 3—3,5.

Потом, от Челябинска, начинается очень противный тягун по перевалам Урала. Средняя скорость — около 30—40 км/час. 2 года назад, во время поездки по северо-восточному Казахстану мы уже проезжали этими перевалами. Тогда мы назвали это место «тропой отдыхающих трейлеров». На длинных горках не было и нет карманов-улавливателей для грузовиков, у которых закипают тормоза. Двигателем остановить тяжелогруженную машину нельзя. Трейлер разгоняется и либо врезается для остановки в идущий впереди, либо сваливается в кювет. И лежит, охлаждает тормоза. Он мог бы пройти тягун быстрее, но колонна собирается по 40 машин, впереди какой-нибудь очень медлительный тяжеловоз. И тормозить нужно всем, непрерывно, десятки минут. Но сейчас сделано несколько двухполосных расширителей, что позволяет обогнать медлительные грузовики и уменьшить размеры колонн. И, соответственно, уменьшается количество кипящих тормозов. Ну почему бы не сделать такой всю дорогу? Ведь это основной канал транспорта не только в Сибирь, но и Казахстан, Киргизию, Узбекистан.

В общей сложности от Челябинска до Уфы — чуть не 6 часов пути. Город объезжали уже затемно. Решили, что опять где-то искать гостиницу, вставать, есть — уже надоело. Все равно ехать придется ночью, мы уже весь этот маршрут знали. Так что все равно — ехать ли ночью с 16 на 17, или с 17 на 18. Андрея ждали друзья, где-то Миша двигался на автобусе со своей сломанной машиной. Решили идти без ночевки. Разложили заднее сидение, там вполне можно спать вытянувшись во весь рост вдвоем. И переднее сидение раскладывается во вполне приемлемое спальное место. Не машина, а санаторий.

Продолжение на стр. 11

БЕСТСЕЛЛЕР учебно-методической литературы!

«ЛАБОРАТОРНАЯ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА. СПУТНИК ИНТЕРНИСТА»

Под ред. профессора П.А. Воробьева

Издательство «Ньюдиамед»

В краткой, но точной форме содержит показатели нормы и трактовку результатов:

- общеклинических и биохимических исследований крови,
- мочи, системы гемостаза, других биологических жидкостей,
- ЭКГ, ФВД, тестов функциональной диагностики, ультразвуковых исследований внутренних органов и др.

Всего 8000 параметров.

Разнообразный перечень критериев и признаков заболеваний.

Для каждого исследования написаны пределы нормальных значений, возможные отклонения от нормы и трактовка этих отклонений.

Книга — Ваш верный помощник в любой ситуации по выбору правильного диагноза.



Начало на стр. 8, 9, 10 ↗

Среди ночи 3 часа вела Галя, да еще час утром, уже около Владимира.

Несколько смешных фактов с дорожных объявлений. Около Миасса стоит стенд, предлагающий «колючую проволоку типа египет». Представляете? — поехать задницей по колючке. Юмор в коротких штанишках. И в прошлый раз у нас



Детки в клетке

вызвал вопрос стенд, который стоит не далеко от Златоуста: внимание водителей привлекается к тому, что они едут рядом с психоневрологическим диспансером. Типа — осторожно, психи на дороге? В этом году стенд обновлен.

Путешествие закончено. Это публичное мероприятие всколыхнуло массу людей, заставило заговорить о проблемах нашего многострадального здравоохранения. Да и вообще, полезно посмотреть на родную страну. Андрей очень гордится тем, что мы ездим в отпуск (не первый раз, а многократно), не в Турцию или на Канары, а в Сибирь, в Казахстан, на Урал и в Киргизию. Нам всем нужно бек ин юэссасар. Честное слово, это мое твердое убеждение: в каком-то виде страна все равно будет интегрироваться, а не разобшаться. Ну, нечего нам особенно делить тут, у нас общая история и культура. А главное — у нас общий язык. Изоляция должна остаться в прошлом.

А на Сахалин обязательно доедем...

Несколько слов послесловия. Эта поездка сопровождалась Интернет-поддержкой почти в режиме реального времени. Заметки писались сразу после событий, только что не «на коленке». В этом их свежесть и интерес. Опыт это очень интересный, я знаю, что многие читали эти заметки. И сразу писали свои впечатления. За это общение отдельное «спасибо» Игорю Опарину, который выкладывал весь материал на сайт. На самом деле к этой части путешествия подошли мы скоропалительно, не очень продуманно, но получили колоссальный опыт, и будем менять многое. Разнообразие впечатлений требует осмысления полученных фактов. К этому материалу еще придется возвращаться не раз.

ИнтерНьюс

Аскорбинка бывает вредной!

Пациентам, проходящим курс химиотерапии, может быть противопоказан витамин С. К такому предварительному выводу пришли канадские исследователи, изучая воздействие на 5 наиболее часто применяемых при химиотерапии препаратов. Они проводили эксперименты на мышах, а также с опухолевыми клетками в лабораторных условиях и получили указания на то, что витамин С снижает эффективность препаратов, предназначенных для онкологических больных. В присутствии этого витамина в чашках гибнет на 30—70% меньше клеток, чем если бы они подвергались воздействию только специализированных препаратов. Как отметил руководитель исследовательской группы М. Хэрни, «мы обнаружили, что по мере накопления витамина С в клетках возможности химиотерапии по уничтожению этих клеток снижаются». По мнению директора программ исследования лейкемии и пересадок костного мозга в провинции Британская Колумбия К. Смита, «для пациентов было бы разумно не принимать витамин С в период химиотерапии, если только для этого нет каких-либо особых причин».

Источник: АМИ-ТАСС

Безопасный метод ранней диагностики синдрома Дауна и других трисомий

Исследователи из Стэнфордского университета научились диагностировать синдром Дауна у плода по анализу крови матери. В отличие от инвазивных методов, применяемых в настоящее время, новый тест является более безопасным, поскольку не связан с риском выкидыша. Чтобы диагностировать болезнь внутриутробно, в настоящее время применяются такие методы как амниоцентез (исследование околоплодной жидкости) и биопсия ворсин хориона. Оба этих метода сопряжены с риском в 1% выкидыша. Новый, безопасный метод диагностики синдрома Дауна основан на определении количества фрагментов 21-й хромосомы в крови матери. Используя метод секвенирования ДНК, руководитель исследования С. Квейк исследовал образцы крови 18 беременных женщин. С помощью теста ему удалось совершенно точно диагностировать 9 случаев синдрома Дауна. По словам ученых, при наличии этого заболевания у плода в крови матерей определялось на 11% больше фрагментов 21-й хромосомы, чем при отсутствии патологии. Кроме того, исследователям удалось точно выявить 2 случая трисомии 18-й хромосомы (синдром Эдвардса) и один случай трисомии 13-й хромосомы (синдром Патау). Синдром Эдвардса и синдром Патау — тяжелые хромосомные аномалии, которые зачастую приводят к смерти ребенка в течение первого года жизни. В отличие от инвазивных методов диагностики синдрома Дауна, обычно назначаемых после 15 недели беременности, новый тест может проводиться существенно раньше — на сроке 5 недель после зачатия, сообщил Квейк. Дополнительным преимуществом является то, что результаты исследования становятся известны в течение нескольких дней вместо 2—3 недель. В настоящее время ученые планируют проведение более масштабного исследования с участием нескольких сотен беременных женщин. Если оно окажется успешным, исследование войдет в число стандартных методов диагностики здоровья плода.

Источник: портал «Вечная молодость» www.vechnayamolodost.ru

Профилактика тромбозов повсеместно недостаточна!

По данным большого международного исследования, только половина пациентов, нуждающихся в такой профилактике, ее получают — примерно 60% среди хирургических и примерно 40% среди прочих больных. Есть лидеры: немецкие врачи используют правильно механическое лечение у 92% хирургических и 70% терапевтических больных. Чаще профилактику применяют после операций на крупных суставах, и очень редко — у онкологических больных и после инсульта, хотя эти две группы пациентов имеют очень высокий риск.

Источник: «Доказательная медицина и клиническая эпидемиология», 2008, № 2



ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ: НЕОТЛОЖНАЯ ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА

Б.П. Богомолов
ИЗДАТЕЛЬСТВО НЬЮДИАМЕД
2007 г.

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

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

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

Рекомендуется семейным врачам, инфекционистам, терапевтам, врачам скорой помощи, профильных специальностей, клиническим ординаторам и аспирантам клинических кафедр.

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

АНТИРЕКЛАМА

Вот небольшая перепечатка из Интернета по поводу козней дьявола.

«Если вы думаете, что «ненавязчивая» реклама в кино — это ноу-хау, пересмотрите свою точку зрения. Уже 60 лет назад голливудские звезды Гэри Купер, Бэтт Дэвис, Кларк Гейбл и Джоан Кроуфорд получали шестизначные суммы от табачных компаний за продвижение их продукта посредством кинематографа. Согласно исследованию Tobacco Control, основанному на изучении ранее конфиденциальных документов таких гигантов сигаретного бизнеса как American Tobacco, Reynolds и Liggett & Myers, производители табачных изделий переводили огромные суммы на счета популярнейших актеров, чтобы те засветились в кадре, невзначай покуривая модные папиросы. Часто, появляясь на страницах крупных газет, артисты убивали одним выстрелом двух зайцев, одновременно рекламируя и сигареты, и новый фильм со своим участием. При этом, кажется, наивные труженики фабрики грез не представляли, какой вред здоровью может нанести курение.

Первым СМИ, затронувшим эту тему, была немецкая газета Фрица Ликинта, хотя за три века (!) до дрезденского ученого о смертельной угрозе табака написал Джеймс Ай, охарактеризовав пристрастие к табаку как «омерзительное для глаза, ненавистное для носа и вредное для мозга». Как бы то ни было, официальное заявление научных кругов о небезопасности курения появилось лишь в середине 1950-х годов. Около 200 звезд кинематографа, в том числе две трети списка самых высокооплачиваемых артистов конца 30-х—начала 40-х годов, клонули на крючок Big Tobacco, тут и там расхваливая сигареты за то, что они помогают расслабиться, обладают замечательным вкусом и мягкостью. Даже Джон Уэйн, впоследствии умерший от рака легких, утверждал, что табак полезен для голосовых связок.

Подобным трюком табачные компании начали пользоваться в 1927 году, «наняв» джазового певца Эла Джонсона. Смертоносная рекламная кампания достигла апогея в 51-м с появлением телевидения — так впихивать зрителю сигареты стало гораздо проще.

Только за период с 1937 по 1938 годы компания American Tobacco потратила \$218 750 (около \$3,2 млн по нынешним временам) на зарплату различным звездам, продвигавшим

марку Lucky Strike. Это была лишь часть 25-летнего «плана» по созданию у потребителя совершенно однозначного образа курильщика. Мужчинам вредная привычка пре-

подносилась как символ мужества, а девушкам — как неотъемлемый атрибут любой свободной и современной женщины. Ситуация была накалена до такой степени, что за 135 часов вещания радиостанциям удавалось прокрутить рекламу или вскользь упомянуть марку Lucky Strike 268 раз.

Сотрудничество табачных и кинокомпаний было взаимовыгодным: студии нуждались в сигаретных брэндах, чтобы рекламировать ленты, а продавцы никотиновых изделий прикрывались «авторитетом» Голливуда, чтобы уверить сомневавшуюся аудиторию в безопасности курения. Этот симбиоз не сбавляет обороты и сегодня. Согласно исследованиям, эпизоды, в которых популярные актеры курят, присутствуют в двух третях всех современных фильмов.

В заключение представляем вам список актеров, которым табачные компании заплатили больше всего денег за продвижение своей продукции. Гэри Купер, Джоан Кроуфорд, Кларк Гейбл выкурили сигарет на \$10,000 (\$146,583 по нынешним временам). Генри Фонда и Эдвард Дж. Робинсон — на \$3,000 (\$43,975). RUTV.ru по материалам Timesonline.co.uk»

Помнится, в 70-е годы был краткий запрет на курение в кадре. Куда потом все подевалось?

Подражание актерам опасно для здоровья

Программа заседаний МГНОТ на декабрь 2008 г.

Пленарные заседания: Анатомический корпус ММА им. И.М. Сеченова, Моховая, 11

Дата, автор	Тема, аннотация
10 декабря 2008 года, среда в 16.30	Заседание Правления и Ревизионной комиссии.
10 декабря 2008 года, среда в 17.00 Академик РАМН Л.А. Бокерия, член-корр. РАМН А.Ш. Ревиншвили (ГУ НЦ сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева РАМН)	1. Фибрилляция предсердий (мерцательная аритмия) — новые представления о механизмах и подходах к радикальному лечению. Фибрилляция предсердий (ФП) — наиболее частая аритмия, которая встречается в практике терапевтов и кардиологов. Более 30% ишемических инсультов обусловлены именно этой формой аритмий сердца. Электрофизиологическая диагностика с использованием интервенционных методов позволяет сегодня уточнить механизмы формирования и определить оптимальный метод лечения. Современные подходы к лечению ФП основаны на 3-х основных постулатах: 1) адекватная антикоагулянтная терапия; 2) профилактическая антиаритмическая терапия, направленная на поддержание синусового ритма; 3) интервенционное и хирургическое лечение осложненных форм ФП. Комплексный подход позволяет сегодня эффективно устранять ФП более чем у 80% больных ФП. 2. Демонстрация больных после интервенционного и хирургического лечения ФП.
24 декабря 2008 года, среда в 16.30	Заседание Правления и Ревизионной комиссии.
24 декабря 2008 года, среда в 17.00 1. Академик РАМН Н.А. Мухин (ММА им. И.М. Сеченова).	«Боткинские чтения». 1. Отечный синдром: клиничко-патогенетические варианты, лечение. В докладе будут освещены современные представления о патогенезе отеочного синдрома при различных заболеваниях терапевтического профиля. Обсуждаются современные методы диагностики ранних стадий этого синдрома. Представлены возможности адекватного лечения.
Секционные заседания	
Секция лечебного питания в клинике лечебного питания Института питания РАМН (Каширское шоссе, 21)	
9 декабря 2008 года, вторник в 16.00 1. Д.м.н. А.В. Погожева	Значение специализированных продуктов в питании больных кардиологического профиля.
Секция клинической фармакологии в конференц-зале ГКБ № 59 (ул. Достоевского, д. 31/33, корпус «А», 7 этаж)	
18 декабря 2008 года, четверг в 16.00 1. К.м.н. Т.В. Рощина	1. Хроническая обструктивная болезнь легких. Терапевтические аспекты.
Секция клинической геронтологии и гериатрии в конференц-зале МГКБ № 60 (шоссе Энтузиастов, 84/1, корпус 1, 2 этаж)	
18 декабря 2008 года, четверг в 15.00 1. Проф. Р.М. Заславская, Б. Айтмагамбетова.	1. Безболевая и болевая ишемия миокарда у пожилых больных сахарным диабетом 2-го типа. Вопросы диагностики и терапии.
Секция ревматологии в помещении конференц-зала Института ревматологии РАМН (Каширское шоссе, 34)	
2 декабря 2008 года, вторник в 16.00 1. Проф. Н.Н. Кузьмина, к.м.н. Г.Р. Мовсисян, к.м.н. Е.С. Федоров 2. Е.Е. Губарь, к.м.н. А.Г. Бочкова, д.м.н. Н.В. Бунчук	1. Лихорадка неясного генеза и рецидивирующий лихорадочный синдром в практике педиатра и ревматолога. 2. Сравнение тройной комбинированной терапии с монотерапией метотрексатом у больных ревматоидным артритом.
13 января 2009 года, вторник в 16.00 1. Д.м.н. Л.Н. Денисов 2. Д.м.н. В.Г. Барскова	1. Диетическая терапия ревматических заболеваний. 2. Новое в диете при подагре (урисан).
Секция электрокардиографии и других инструментальных методов исследования сердечно-сосудистой системы в аудитории 1 кафедры терапии РМАПО (больница им. С.П. Боткина, 20 корпус, 1 этаж, проезд до ст. метро «Беговая», «Динамо»)	
16 декабря 2008 года, вторник в 17.00 1. Доцент И.Н. Окунева	1. Актуальные проблемы анализа ФВД.
Секция нефрологии и иммунопатологии в клинике нефрологии, внутренних и профессиональных болезней им. Е.М. Тареева ММА им. И.М. Сеченова (ул. Россолимо, 11а)	
18 декабря 2008 года, четверг в 16.00	«Декабрьские чтения в клинике им. Е.М. Тареева» совместно с заседаниями секций нефрологии и иммунопатологии и профилактической медицины и профессиональных болезней, посвященные 50-летию монографии Е.М. Тареева «Нефриты».

Объявление

В связи с новогодними праздниками и последующей экзаменационной сессией пленарные заседания общества в январе 2009 года проводиться не будут. В дни секционных заседаний председатели секций и другие ведущие специалисты проводят консультации для врачей по интересующим их вопросам.

Правление МГНОТ

Теперь Программа заседаний МГНОТ вывешивается на сайте <http://www.zdrav.net>



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, тромбозах 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

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

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

РЕДАКЦИЯ: главный редактор П.А. Воробьев

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

Редакционный совет: Воробьев А.И. (председатель редакционного совета), Ардашев В.Н., Беленков Ю.Н., Белоусов Ю.Б., Богомолов Б.П., Бокарев И.Н., Бурцев В.И., Васильева Е.Ю., Галкин В.А., Глезер М.Г., Гогин Е.Е., Голиков А.П., Губкина Д.И., Гусева Н.Г., Дворецкий Л.И., Емельяненко В.М., Зайратьянц О.В., Заславская Р.М., Иванов Г.Г., Ивашкин В.Т., Кактурский Л.В., Калинин А.В., Каляев А.В., Ключев В.М., Комаров Ф.И., Лазебник Л.Б., Лысенко Л.В., Маколкин В.И., Мартынов И.В., Михайлов А.А., Моисеев В.С., Мухин Н.А., Насонов Е.Л., Насонова В.А., Ноников В.Е., Палеев Н.Р., Пальцев М.А., Парфенов В.А., Погожева А.В., Покровский А.В., Покровский В.И., Потехин Н.П., Раков А.Л., Савенков М.П., Савченко В.Г., Сандрыков 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., Ющук Н.Д., Яковлев В.Б.

Газета распространяется среди членов Московского городского научного общества терапевтов бесплатно

Адрес: Москва, 115446, Коломенский пр., д. 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 