



Тридцать лет назад я работал практическим хирургом и мне было не до политики: меня интересовала только клиника. Политика была далеко и высоко, а у меня было 9 дежурств в месяц. Сейчас я уже далек от хирургии, к политике значительно ближе, а Алма-Атинская декларация остается актуальной до сих пор. 15–16 октября 2008 г. в Алматы проходила международная конференция, посвященная 30-летию годовщине принятия Алма-Атинской декларации ВОЗ и ЮНИСЕФ по первичной медико-санитарной помощи. Был озвучен обобщающий доклад ВОЗ за 2008 г. «Первичная медико-санитарная помощь — сегодня актуальнее, чем когда-либо».

Алма-Атинская конференция 1978 г. стала первым мероприятием, включившим проблему справедливости в отношении здоровья в международную политическую повестку дня. Прошло 30 лет и ВОЗ вновь докладывает: при проведении широкомасштабного обзора была выявлена поразительная несправедливость в результатах в отношении здоровья, доступе к медицинской помощи и расходах на нее. Разница в ожидаемой продолжительности жизни между самыми богатыми и самыми бедными странами превышает 40 лет. По оценкам, из 136 млн женщин, которые будут рожать детей в этом году, около 58 млн не получат медицинской помощи ни во время родов, ни в послеродовой период, что поставит под угрозу их жизнь и жизнь их детей. Для достижения лучших результатов деятельности систем здравоохранения доклад призывает вернуться к первичной медико-санитарной помощи, холистическому

подходу к здоровью, официально провозглашенному 30 лет назад.

При сравнении стран, находящихся на одинаковом уровне экономического развития, более высокий уро-

## Первичное звено было актуальным и 30 лет назад



**В.И. Стародубов**

вень здоровья при одинаковых инвестициях отмечается в странах, здравоохранение которых организовано на принципах первичной медико-санитарной помощи. Призывая вернуться к концепции первичной медико-санитарной помощи, ВОЗ настаивает на том, что ее ценности, принципы и подходы сегодня актуальнее, чем когда-либо. Ряд фактов подтверждают этот вывод. Несправедливость в отношении здоровья и доступе к медико-санитарной помощи сегодня гораздо весомее, чем в 1978 г. Системы здравоохранения не будут естественным образом тяготеть к большей справедливости и эффективности: необходимы обдуманные политические решения. Это могло бы способствовать решению нескольких задач — улучшению здоро-

вья, снижению заболеваемости, значительному повышению эффективности работы систем здравоохранения. На сегодняшний день эти задачи не решены системами здравоохранения даже самых развитых стран. Хотя в области улучшения состояния здоровья, борьбы с болезнями и увеличения продолжительности жизни достигнут значительный прогресс, люди во всем мире не удовлетворены существующими системами здравоохранения.

Конечно, первичная помощь стала доступнее, но сохраняется катастрофическая разница между развитыми странами и развивающимися, не говоря уж о неразвивающихся. Все понимают, что первичная медико-санитарная помощь является стержнем всей системы организации медицинской помощи. В 1978 г. это было впервые задекларировано на столь высоком уровне, ведь ВОЗ — это структура ООН. В том историческом совещании приняли участие представители практически всех стран. Было задекларировано, что это проблема не только здравоохранения, это межсекторальная проблема. Ценности, обозначенные 30 лет назад, подтвердили правильность пути и по этому пути придется еще долго шагать. Универсальность этой декларации в том, что она приемлема для стран, которые в то время шли и по капиталистическому, и по социалистическому пути: ведь те ценности, которые там обозначены, направлены в первую очередь на человека.

Многие отмечали роль тогдашнего министра здравоохранения СССР Б.А. Петровского и его заместителя Д.Д. Венедиктова, которые готовили эту декларацию вместе с ВОЗ несколько лет. Бесконечные согласования, ведь холодная война была, конфронтация, 2 разных мира, да еще третьи страны, которые тоже должны подписать декларацию.

Продолжение на стр. 3

## ПРЯМАЯ РЕЧЬ

В советские времена, в которых я жил довольно долго, по обочинам дорог стояли не монументальные устройства с рекламой покрышек и прочего добра, а щиты, напоминающие о том, что нынешнее поколение советских людей будет жить при коммунизме. Щиты эти были 50 лет назад на решетчатой основе: мода такая была на реечки. Как сейчас мода на яркое сплошное окрашивание зданий. Сообщали эти щиты обычно, что в XV пятилетке валовой сбор зерна (корнеплодов, яровой и т. п.) достигнет замечательных размеров.

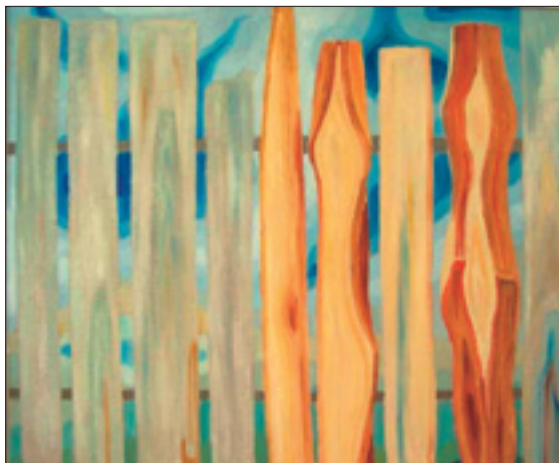
Нынешнее поколение русских людей даже не знает важного для тех времен слова «валовой». Будущие достижения обычно иллюстрировались красивыми графиками неминуемых успехов, взлетающими к небу. Скептики вроде меня пытались найти цифры за прошедшие пятилетки, чтобы узнать, насколько предсказанное ранее получилось и чего реально ожидать. Увы, эти данные обычно были недоступны, а если приводились, то никак не стыковались с обещанным и с новыми обещаниями. Этакая виртуальная морковь перед носом гражданина, обещающая ему в условиях стабильности при послушании решение жилищной проблемы или продовольственной программы, и т. д.

Вариантом подмены обещаний была смена пятилеток на семилетки, соревнования с Айовой — на соревнование за звание коммунистического подьезда. Нечто подобное произошло у нас во времена недавние в здравоохранении, где неулюбимые попытки провести реформу сменялись борьбой за повышение структурной эффективности, национальными проектами, приоритетными программами. Последние полгода знаменуются многочисленными оптимистическими заявлениями руководителей здравоохранения разного ранга о развитии здравоохранения в ближайшей и отдаленной перспективе. Концепция развития здравоохранения на перспективу до 2020 г. все еще находится в состоянии как бы обсуждения.

Обсуждение было бы неплохо — оно способно вскрыть пороки предполагаемых решений и помочь сформулировать адекватные ситуации решения. Возникает, однако, впечатление, что обсуждение Концепции давно не интересно для руководства отрасли. Должностными лицами объявляются одно за другим принятые и ожидаемые решения — вроде изменения налогообложения, схем финансирования регионов, лекарственно-

## Кровавый оптимизм

**В. Власов**



го страхования. И каждое из этих решений выскакивает как черт из табакерки. В том смысле, что решения эти готовятся в закрытом пространстве, а потом являются во всем их пугающем уродстве, как недавно, например, схема ДЛЮ, не к ночи будь помянута.

Например, сообщается, что 35 млрд. руб. выделят в 2009 г. на обеспечение россиян дорогими лекарствами. Еще 40 млрд. руб. передадут регионам, которые проведут свои торги. Мое внимание особенно привлекло недавнее выступление на страницах «Времени новостей» и.о.

руководителя ФФОМС Д.В. Рейхарда, со всей силою его природного оптимизма рисующее радужную перспективу развития здравоохранения в ближайшие годы, когда полным потоком средства польются через ФФОМС. Я слился бы с Дмитрием Владимировичем в счастья переживания этой перспективы, но меня останавливают низменные соображения.

Цена нефти уже упала ниже уровня, на котором базируются расчеты бюджета на 2009 г. Министр Кудрин обещал, что дальше она не упадет, но при этом даже не обещал в случае неудачи лечь на рельсы. Поскольку у страны появились важные потребности в отражении внешних угроз с Юга, Юго-Запада, Северо-Запада,

Юго-Востока и Востока, мне кажется наивным предполагать, что баланс бюджета при возникновении дефицита будет поправляться в пользу здравоохранения. Можно вполне уверенно предполагать, что бюджет нанотехнологий и ракетной промышленности не будет сокращаться. Было бы довольно естественным начать думать не о радужных перспективах, а о подготовке к трудным временам.

Например, если у нас и в добрые ценой на нефть прошедшие годы не хватало средств на обещанное лекарственное обеспечение небольшой группы населения, «имеющей право» на социальную помощь, то не следует ли подумать о том, что не то что расширение обязательств по лекарственному обеспечению, но даже сохранение нынешних обязательств может оказаться неподъемным? Может быть, Правительству надо было в августе не торопиться утверждать Перечень лекарственных средств? Конечно, в то время рынок у нас упал еще не в 4, а только в 2 раза, но и это был достаточный повод, чтобы задуматься.

Если у нас до сих пор лечение туберкулеза обеспечено только препаратами 1-го ряда, а каждый 3-й только впервые выявленный больной — со множественно лекарственно устойчивым туберкулезом, то, может быть, нужно было остановиться с планами строительства травматологических центров?

Можно, конечно, не называть происходящее на Руси «кризисом», поскольку кризис, как говорит нам партия, в Америке. Но следует подумать о том, что, наверное, даже наши незначительные экономические проблемы могут потребовать изменения планов. Например, участковые врачи и другие работники первички в декабре будут ожидать подписания контрактов, дающих им дополнительные выплаты ежемесячно. Тут во всей красе предстает решение Правительства: если бы им 2 года назад повысили зарплату, ее трудно было бы уменьшить, а поскольку это всего лишь выплаты по годовым контрактам, то контракты на новый год можно просто не предложить.

Эта маленькая деталь — основание верить в мудрость Правительства, но когда во время обвала рынков, начинающегося закрытия производств и тлеющей паники вкладчиков я слышу о новых радужных перспективах и гигантских проектах (только на разработку системы электронной регистрации пациентов полмиллиарда долларов!), я начинаю сомневаться. Во всем.



## ИнтерНьюс

### Химическое зомбирование

Ученые научились стирать память у мышей об объектах, виденных в течение последнего часа, и память о страшных событиях, пережитых за последний месяц, не повреждая при этом другие виды памяти. По словам ученых, это делает научно-фантастические истории об избирательном стирании памяти у людей более реальными. Например, таким способом можно было бы лечить участников военных действий от страха и связанной с ним депрессии. В процессе формирования памяти можно выделить четыре стадии: образование кратковременной памяти, переход ее в долговременную память, ее хранение и воспроизведение. Ранее ученые обнаружили одну из ключевых молекул, играющую важную роль в регуляции этих процессов в мозге — фермент, называемый СаМКII. В новом исследовании ученые разработали метод регуляции активности этого фермента, который приводил к изменениям памяти у мышей. «Мы разработали химическую и фармакологическую стратегию регуляции генов, которую проверили на трансгенных мышках», — утверждает руководитель исследования доктор Джо Чен из медицинского колледжа Джорджи. Ученые обнаружили, что увеличение активности СаМКII приводит к забыванию объектов, увиденных на протяжении последнего часа, а также страха, пережитого за последний месяц. Исследователи также показали, что такое забывание связано не с ухудшением воспроизведения памяти, а с ее стиранием в мозге. Другие виды памяти при этом не нарушались. «Наше исследование свидетельствует о существовании молекулярного способа, которым можно стереть травмирующую память, при этом сохраняя все остальные воспоминания», — утверждает доктор Чен. По его словам, такая возможность — дело очень далекого будущего, так как ученые сделали только один шаг, «чтобы забраться на эту высокую гору».

Источник: РИА «Новости»

### Опять о фальсификации лекарств

«В результате контрольно-надзорных мероприятий Росздравнадзора в 2008 г. изъято из обращения 162 серии фармацевтических субстанций (ранитидин, метронидазол, глицин, желчь медицинская) и 1037 серий готовых лекарственных препаратов, произведенных из данных субстанций и широко используемых в России», — говорится в пресс-релизе Росздравнадзора. Работники Росздравнадзора уверены, что в настоящее время необходимо срочно возродить производства субстанций в России, но в настоящее время подавляющее их количество поставляется из-за рубежа. Как показывают проверки Росздравнадзора, в этой сфере существует множество серьезных нарушений. В России действует система предупреждения попадания в оборот и изъятия из него фальсифицированных лекарств, отмечается в пресс-релизе. Борьбу с производителями и поставщиками фальсифицированных препаратов Росздравнадзор ведет совместно с правоохранительными органами и другими ведомствами. Как подчеркивают в ведомстве, Росздравнадзор «будет активно противодействовать любым попыткам ослабить систему контроля качества на фармацевтическом рынке». «С дельцами от фармацевтики, пытающимися ради прибыли поставить под угрозу жизни и здоровье россиян, мы будем вести беспощадную войну», — заявил глава Росздравнадзора Николай Юргель. При этом он отметил, что ведомство готово к открытому диалогу и обсуждению с представителями фармацевтического сообщества рациональных предложений по снижению административных барьеров и созданию оптимальных условий для ведения честного бизнеса.

Источник: www.remedium.ru

### Долой старую кровь

Донорская кровь, которая хранится 29 дней или больше, удваивает риск инфекционного заражения у пациента при переливании. Больные, получившие такую кровь, в 2 раза чаще страдают от нозокомиальных инфекций, включая воспаление легких, верхних дыхательных путей и сепсис. Изменения в крови начинаются спустя 14 дней и достигают максимума после 42 дней хранения, говорят медики Cooper University Hospital и American College of Chest Physicians (США). При исследовании у 422 больных, получивших донорскую кровь «старше» 26 дней, отмечались симптомы нарушения иммунитета и увеличение концентрации воспалительных цитокинов. Анализ показал, что после этого 11% пациентов умерли, а у 13,5% развилось нозокомиальное заражение. Обычно в больницах «старая кровь» используется, чтобы она не пропадала впустую. По мнению врачей, более строгий контроль и регламентация переливания крови обеспечили бы лучшую защиту здоровья пациентов.

Источник: АМИ-ТАСС

Формулярный комитет РАМН неоднократно высказывал свою озабоченность рекламой лекарств, БАД, медицинских приборов и технологий в средствах массовой информации. Так, на основании решения Президиума комитета, 19 марта 2008 г. Формулярный комитет Российской академии медицинских наук направил в Федеральную антимонопольную службу с копией в Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения и социального развития письмо с исходящим номером 222 следующего содержания:

Формулярный комитет Российской академии медицинских наук выражает свою обеспокоенность тем, что участились случаи рекламы лекарственных средств, не относящихся к средствам безрецептурного отпуска, в научно-популярных программах радио и телевидения.

В частности 15.10.2006, 10.03.2007, 20.10.2007 и 02.02.2008 во время трансляции программы «Здоровье» на первом канале телевидения были даны рекомендации по применению рецептурного препарата «Бонвива» (производство F. Hoffmann-La Roche Ltd., Швейцария), предназначенного для терапии остеопороза. Данные рекомендации сопровождалась демонстрацией упаковки и упоминанием торгового наименования. Кроме того, торговое наименование препарата 28.07.2007 г. упоминалось в программе эфира «Радио Свобода».

Указанные действия являются рекламой, поскольку в соответствии с п. 1 ст. 3 Федерального закона РФ от 13.03.2006 г. № 38-ФЗ «О рекламе» реклама — информация, распространенная любым способом, в любой форме и с использованием любых средств, адресованная неопределенному кругу лиц и направленная на привлечение внимания к объекту рекламирования.

Согласно п. 8 ст. 24 вышеупомянутого Закона, реклама лекарственных средств в формах и дозировках, отпускаемых по рецептам врачей, не допускается иначе как в местах проведения медицинских или фармацевтических выставок, семинаров, конференций и иных подобных мероприятий и в предназначенных для медицинских и фармацевтических работников специализированных печатных изданиях. Таким образом, названные выше действия, осуществленные в ходе радиоэфира и телетрансляций, противоречат действующему законодательству Российской Федерации.

Этот случай не является единственным: в программе «Здоровье» рекламируется, например, применение гормональной терапии (тестостерона в комплексном лечении избыточного веса у мужчин). Препараты, содержащие тестостерон, тоже не относятся к средствам безрецептурного отпуска, и их реклама должна отвечать требованиям ст. 24 Федерального закона РФ от 13.03.2006 г. № 38-ФЗ «О рекламе».

При этом в программах «Здоровье» не указывается на наличие противопоказаний к применению и использованию лекарственных средств, необходимость ознакомления с инструкцией по применению, а напротив, гарантируется положительное действие лекарственного средства, его эффективность, что является нарушением п.п. 8 п. 1 и п. 7 ст. 24 Закона.

Также в ходе выпусков вышеназванной телепрограммы в рекламе используется образ медицинского работника, что в соответствии с п.п. 4 п. 5 ст. 5 Закона не допускается, за исключением случаев использования подобного образа в рекламе медицинских услуг, средств личной гигиены, в рекламе, потребляемыми которой являются исключительно медицинские и фармацевтические работники, в рекламе, распространяемой в местах проведения медицинских или фармацевтических выставок, семинаров, конференций и иных подобных мероприятий, в рекламе, размещенной в печатных изданиях, предназначенных для медицинских и фармацевтических работников.

Руководствуясь описанным выше, Формулярный комитет РАМН просит признать указанную в настоящем заявлении рекламу ненадлежащей и обязать рекламодателя и вышеназванные СМИ прекратить ее распространение.

Председатель Формулярного комитета РАМН, академик РАН и РАМН А.И. Воробьев

По прошествии 6 месяцев(!), 29 сентября 2008 года был получен по факсу, а 20 октября 2008г. и по почте ответ следующего содержания:

#### О программе «Здоровье»

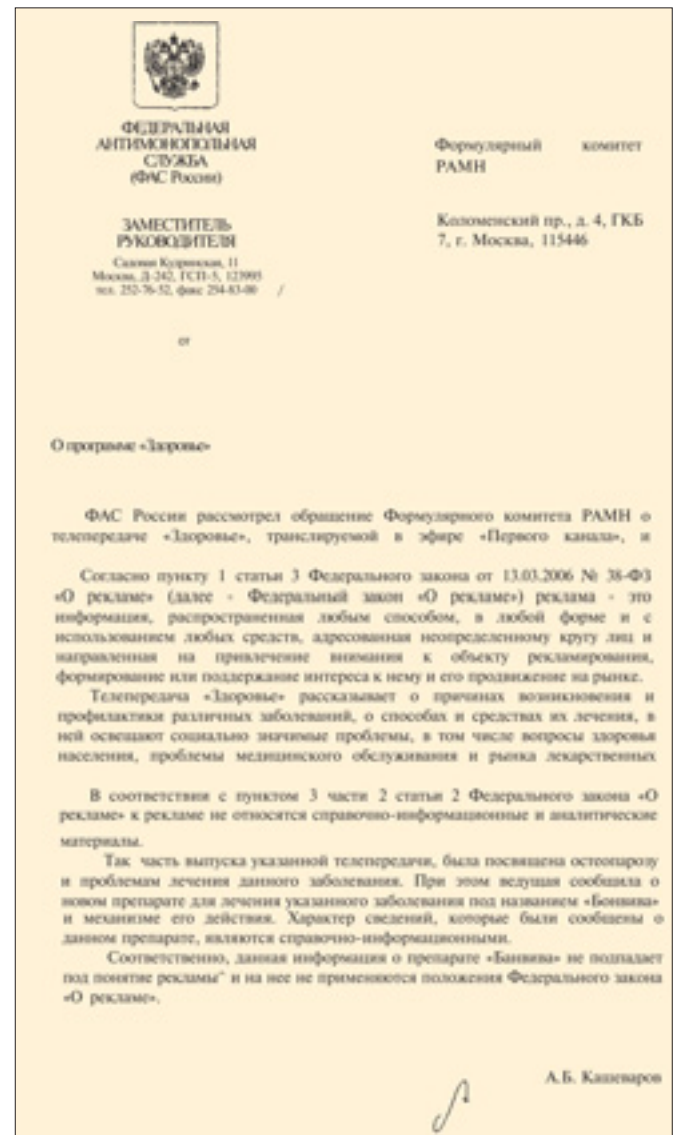
ФАС России рассмотрел обращение Формулярного комитета РАМН о телепередаче «Здоровье», транслируемой в эфире Первого канала, и сообщает. Согласно пункту 1 статьи 3 Федерального закона от 13.03.2006 № 38-ФЗ «О рекламе» (далее — Федеральный закон «О рекламе») реклама — это информация, распространенная любым способом, в любой форме и с использованием любых средств, адресованная неопределенному кругу лиц и направленная на привлечение внимания к объекту рекламирования, формирование или поддержание интереса к нему и его продвижение на рынке. Телепередача «Здоровье» рассказывает о причинах возникновения и профилактики различных заболеваний, о способах и средствах их лечения, в ней освещают социально значимые проблемы, в том числе вопросы здоровья населения, проблемы медицинского обслуживания и рынка лекарственных препаратов.

В соответствии с пунктом 3 части 2 статьи 2 Федерального закона «О рекламе» к рекламе не относится справочно-

информационные и аналитические материалы. Так, часть выпуска указанной телепередачи, была посвящена остеопорозу и проблемам лечения данного заболевания. При этом ведущая сообщила о новом препарате для лечения указанного заболевания под названием «Бонвива» и механизме его действия. Характер сведений, которые были сообщены о данном препарате, являются справочно-информационными. Соответственно, данная информация о препарате «Бонвива» не подпадает под понятие рекламы, и на нее не применяются положения Федерального закона «О рекламе».

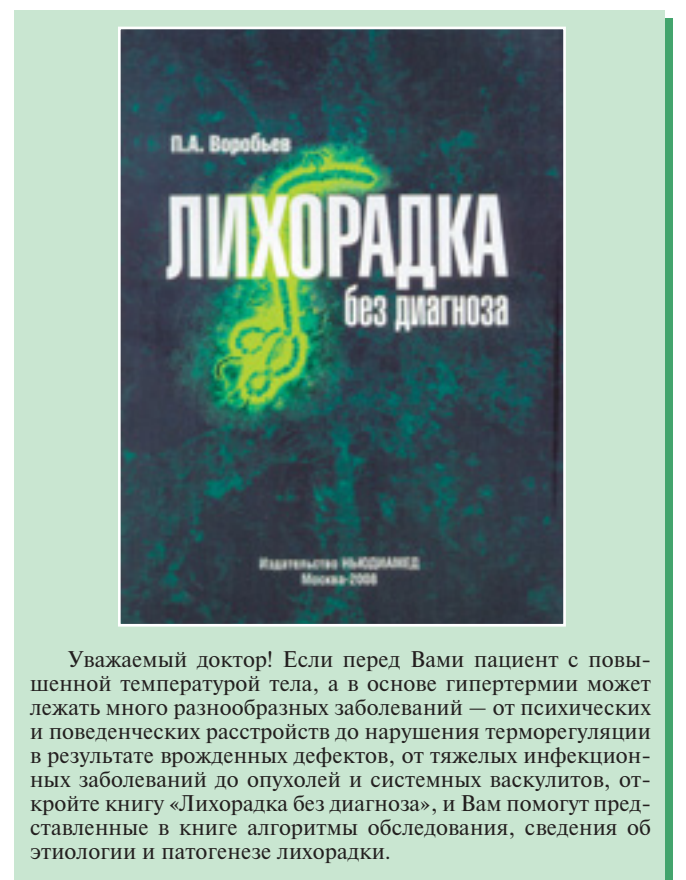
А.Б. Кашиваров

Откровенно говоря, такой ответ навеял грустные мысли, в частности о познаниях авторов ответа в обсуждаемой матери или об их связях с рекламодателями или рекламодателями. Не увидеть здесь прямой рекламы может только слепо-глухой. Такими не рождаются, а такими становятся



под действием определенных (известных всему народу, но чаще не замечаемых правоохранителями) обстоятельств. Или просто вошло в привычку делать бездумные отписки — авось отстанут. Не отстанем. Подобные рекламы несут громадный вред для здоровья наших граждан и должны быть пресечены всеми доступными способами.

П. Воробьев



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



Начало на стр. 1 ↗

На этой конференции собралось много «стариков», тех, кто тогда создавал эту декларацию. Дмитрий Дмитриевич Венедиктов пользовался большим уважением, почтением, все подчеркивали его роль в организации и проведении той конференции. По сей день декларация приемлема для всех стран независимо от того, какой путь они проповедуют. Здравоохранение достаточно деполитизировано. Вот создание самой декларации — это была настоящая политика, за каждое слово бились.

Даже в такой рыночной стране, как Англия, государственная система здравоохранения, англичане фактически взяли советскую систему здравоохранения за основу, идут этим путем, испытывают определенные трудности. У американцев, которых грех обвинить в нелюбви к медицине, потому что там самый большой процент от национального продукта идет на здравоохранение — почти 16%, у них проблемы другого плана, расходы на здравоохранение тяжким бременем ложатся на стоимость их продукции. Скандинавские страны, где социализм реальный, а не на бумаге, там практически государственная система здравоохранения, хоть она и связана с системой социального страхования. В декларации сказано, что система здравоохранения должна учитывать особенности каждой страны и универсальные ценности: доступность первичной медико-санитарной помощи, учет факторов влияющих на человека — здоровый образ жизни, здоровая пища, нормальное водоснабжение, помощь беременным и детям, планирование семьи. Эти ценности, что для социализма, что для капитализма приемлемы. Было дано понятие, что входит в первичную медико-санитарную помощь, понятие прошло испытание годами.

На юбилейной конференции, а она была не только ВОЗовской но и ЮНИСЕФовской, поскольку обсуждается оказание первичной медико-санитарной помощи женщинам и детям, были генеральный директор ВОЗ Чен и исполнительный директор ЮНИСЕФ Венеман. Каждый континент делал обобщающий доклад: что у них происходит. Россию представляла В.В. Скворцова, заместитель министра здравоохранения и социального развития. Доклад ее вызвал большой интерес своей реальной наполненностью, ведь нацпроект «Здоровье» был именно на первичку направлен, он полностью вписался в те аспекты, которые продвигает ВОЗ. Результаты? В первую очередь, снижение смертности. За 2006—2007 г. произошло снижение смертности, которого не было за предыдущие 15 лет в России: минус 200 тысяч за 2 года. Я не говорю про повышение рождаемости, потому что это социально-экономический фактор, а в снижении смертности роль медицины значительная. Я уверен, что снижение смертности произошло именно благодаря тому, что стали уделять внимание первичке: оборудование, заинтересованность врачей первичного звена, профилактика. Мы сняли сливки — все, что можно было снять. Все последующие спасенные жизни будут даваться все трудней, все больше денег будет требоваться...

Я считаю, что ставка на первичную помощь была абсолютно правильной. Критика в неразвитости семейной медицины звучит. Никто не покушается на роль узких специалистов в мире, есть только разница в том, что узкие специалисты работают по своей специальности, а не берут простые вещи, с которыми наши участковые терапевты отпращивают к ним больных. На западе тот, кого мы называем терапевтом, оставляет у себя, условно говоря, 80% больных, а остальных отправляет к узким специалистам. А у нас — 40% оставляет себе. Проблема и в качестве подготовки врачей первичного звена, их квалификации. Нельзя сказать, что совсем ничего не изменилось — 6300 семейных врачей из 74 000 врачей первичного звена работают, а когда-то их было 100, 200. Постепенно процесс идет. Дело не в том, как врач первичного звена называется, дело в том, как изменить его систему работы, чтобы он отвечал за пациента, а не был диспетчером. Узкий специалист должен проконсультировать пациента и вернуть его в первичное звено к постоянному доктору для совместного ведения. Четверть врачей первичного звена пенсионного возраста: нужно с молодыми работать.

Мое мнение и мнение многих специалистов, что если человек получил образование за государственный счет, он должен на государство и отработать. Об этом говорят уже много лет, но все боится нарушить права человека, закончившего вуз. А права людей, которые не могут получить медицинскую помощь, мы не боимся нарушить? Если ты получил образование за свой счет — работай, где хочешь, если за государственный — заключи договор. Если появятся образовательные сертификаты, когда образование будет условно кредитовано, нужно просто вводить экономические механизмы — заключается договор при поступлении в институт, не хочешь работать — возвращай деньги государству. Но мы идем от социализма к капитализму своим путем.

Я ни одного интервью после ухода из министерства не давал, про российское здравоохранение не рекомендуется говорить, пока не пройдет 1,5—2 года. Я каждый раз, уходя из министерства, говорил, что это последний раз и искренне был в этом уверен. Зурабов меня соблазнил сделать попытку в последний раз что-то изменить в российском здравоохранении: 4 года совершенно бешеной работы, что-то удалось сделать. Ведь начинали-то не с нацпроекта — начали с подготовки законов, которые бы системно изменили здравоохранение. Мы эти законы подготовили: закон об ОМС, закон о госгарантиях, где было прописано, что платно, что бесплатно, закон об автономных учреждениях, который бы дал возможность руководителям наших медицинских организаций быть достаточно автономными для того,

чтобы управлять коллективами, чтобы в коллективах нормальная заработная плата была. Эти проекты законов были подготовлены в 2004 г., мы обсуждали их с общественностью. Законы об ОМС и госгарантиях не вызвали вообще противоречий, а по автономным учреждениям поднялся шум: якобы приватизация скрытая. И мы так и не сумели с экономическим блоком согласовать закон об ОМС и о госгарантиях. Закон об автономных учреждениях пошел отдельно, учитывая общественное мнение, учреждения здравоохранения пришлось отсюда исключить.

Когда с законами не получилось, пришлось выработать тактику, начинать с первички. В это время вступили в силу 131-й и 95-й законы, которые разделяли полномочия государства, его субъектов и муниципальных образований. С федерального уровня уже не имели возможности финансировать ни заработную плату в муниципальных образованияах, ни давать им оборудование. Тогда родилась идея создать нацпроекты по здравоохранению, образованию и другие. По первичному звену — это было правильное решение. Как ни удивительно, это было решение тогдашнего президента РФ — В.В. Путина. Конечно, для него готовила идеи команда специалистов, обсуждалось, что нужно дать деньги на оборудование, вакцинопрофилактику, материально заинтересовать врачей первичного звена, родовые сертификаты и т. д., все то, что включает в себя первичная помощь, туда максимально включили. У президента по этому вопросу было большое количество совещаний, для того чтобы эту идею запустить в действие.

На этих совещаниях каждый министр по своим проектам доказывал, показывал, что даст конкретный проект, конкретные результаты для народа. Зурабов был очень убедителен, убеждал увеличить объемы денег почти в 2 раза, но ему бы их никто не дал, если бы он не смог конкретно показать, на что они будут потрачены. Чтобы аргументировать запросы, надо было все посчитать, цифры должны были быть доказательными. Терапевтов посчитали, правда, потом оказалось их на 10 тысяч больше: ведомства не учли. Но деньги посчитали правильно. Трудно было, нужно было просчитать оборудование в поликлиниках, по скорой. Были данные предыдущей статистики, но одно дело, когда главный врач подает список оборудования неизвестно зачем, там могут числиться рентгеновские аппараты 40-летней давности, а другое дело, когда появляется перспектива получить новое оборудование.

Первичное звено функционирует, просто нужно менять функции, выполняемые терапевтом, педиатром. Нельзя сказать, что материальная стимуляция не дала эффекта, работа в первичном звене стала престижней, количество совмещений уменьшилось. Но оптимизировать работу первички нужно постоянно, нужно индексировать зарплаты, заинтересовывать. Ведь хорошие субъекты этот проект восприняли не как дань сверху, а как стимул, чтобы самим добавлять: кто жилищный вопрос решал, кто автомобилями, кто деньгами, в дотационных регионах конечно хуже с этим было. Но, дав денег, мы конечно и спрашивать с них постороже стали.

Все это было не так просто, особенно на фоне 122-го закона и ДЛО. Думаю и роль лекарственного обеспечения в снижении смертности значительна. У меня нет сомнений в правильности ДЛО, единственное, что не удалось отстоять точку зрения, что это должна быть система солидарная, нельзя было давать право выхода больным, это была большая ошибка. Система страхования строится на солидарном принципе, а из ДЛО с каждым годом будут все больше и больше выходить, пока она не разрушится. Ведь если 50% вышли, то денег в системе уменьшится вдвое. Поэтому сегодня отсюда выведены дорогостоящие болезни, иначе бы система рухнула еще вчера. В этом году еще на миллион меньше людей осталось в системе ДЛО чем в прошлом. Нужно создавать солидарную систему, которая касается всех граждан страны, нуждающихся в лечении. При амбулаторном лечении это дает поразительный эффект. Нельзя отказываться в лекарственных средствах при первичной медико-санитарной помощи, они же все в стационары залягут, чтобы бесплатное лечение получить. Нормальный семейный врач при наличии лекарств может большинство проблем решить.

С Алма-атинской декларацией сегодня хоть заново начинай, ведь ставили конкретные цели — к 2000 г. достичь определенных показателей. От мирового продукта уходило на здравоохранение 8%, сейчас 8,6%, разница между бедными и богатыми странами продолжает расти. Нет универсального механизма. Конечно, богатые должны помогать бедным, а делиться не все хотят. Как это все будет происходить на фоне банковского кризиса, не обсуждалось официально, хотя, безусловно, в кулуарах это всех волновало. Конечно, опасность того, что при кризисе сократят в первую очередь социальные программы, существует. Это для всех актуально, но, я надеюсь, что все будет хорошо. Все-таки мы уже — часть мирового сообщества, границы открыты, мы к этому очень долго шли. Думаю, что изоляция уже невозможна, даже в случае холодной войны. Люди уже не те.

Россия — уникальная страна вследствие климатических и территориальных особенностей, у нас на единицу продукции нужно больше потратить, потому что нужно довести, нужно утеплять и отапливать. Мы не можем жить и работать в картонных домиках, как во многих других странах. Это ведь все удорожает. А расстояния? Для медицины это особенно актуально: дороги, связь, коммуникации, в каждом поселке больницу не построишь. Инфраструктуры нет, которая бы обеспечивала доступность медперсонала к больным и больных к медперсоналу. В Сибири плотность населения настолько мала, что образование прекращает функционировать. Закрывают школы, муниципалитеты закрывают больнички и фельдшерские пункты. А закрыты школу и больницу — через несколько лет поселок исчез...

Беседовала А. Власова

## ИнтерНьюс

А поговорить...

Директор Санкт-Петербургского НИИ скорой помощи имени Джанелидзе Сергей Багненко уверен, что в 80% случаев жители России звонят в «скорую помощь» просто поговорить или посоветоваться, получить консультацию по несложным медицинским вопросам: например, что делать, если поднялась температура. Причина проста: люди не знают, куда обратиться. Только 20% обращений заканчиваются выездом машины «скорой помощи». Например, в Петербурге за год в «скорую» поступают около 2,5 млн звонков, только 0,5 млн вызовов требуют выезда бригады врачей. Минздравсоцразвития и экспертное сообщество в настоящее время работает над решением насущных проблем службы «скорой помощи». Самые основные проблемы — заработная плата и обоснованность вызовов. Средняя зарплата врача бригады скорой помощи составляет порядка 25 тыс. рублей, в то время как в странах ЕС — около 2 тыс. евро. В России, по словам Багненко, критерий размера заработной платы — укомплектованность штатов на станциях скорой. «Если все места укомплектованы — значит, цифра адекватная. А на сегодняшний день более половины машин «скорой помощи» в Москве и Санкт-Петербурге — уже фельдшерские, это значит, что врачей по-прежнему недостаток», — заявил Багненко. При этом сейчас финансирование 90% станций скорых идет из бюджетов субъектов и муниципалитетов, а не через программу обязательного медицинского страхования. Порядок оказания помощи больному также не конкретизирован. Необходимо, по словам эксперта, закрепить такой порядок в зависимости от заболевания, определить задачи различных этапов медицинской эвакуации и суть медицинских мероприятий. Уже на основании этого должны быть разработаны стандарты для расчета стоимости программы государственных гарантий. Особенно остро стоит проблема с оперативностью реагирования бригад «скорой». Сегодня нормативное время прибытия — 20 минут. По мнению врача, уменьшить этот временной отрезок практически невозможно. Одна из основных задач — подготовка единого нормативного акта, определяющего поводы для вызовов. На сегодняшний день каждый субъект определяет для себя сам, на какой вызов поедет «скорая» и какие из услуг могут оказываться населению за деньги. Потеря квалификации специалистами также является весьма сложной проблемой, поэтому эксперт полагает, что целесообразнее будет сделать так, чтобы каждый конкретный специалист оказывал как можно чаще помощь по своему профилю.

Источник: GZR.ru

### Концерт на операционном столе

Американский музыкант Эдди Эдкок, играющий в стиле кантри, исполнил музыку во время операции на мозге. Это позволило хирургам обнаружить в его мозге участок, ответственный за тремор, который лишил исполнителя возможности играть на банджо и жить полноценной жизнью. Лекарственное лечение не принесло значимых результатов, и музыкант обратился за помощью в Медицинский центр Университета Вандербильта в штате Теннесси. Врачи приняли решение вживить в мозг Эдкока электрод, стимулирующий участок мозга, ответственный за тремор. Но для выполнения такого вмешательства необходимо обнаружить этот участок. Сделать это можно лишь пробной стимуляцией различных отделов мозга, причем пациент в процессе должен сообщать об изменениях своего состояния. Единственным выходом стало проведение операции под местным обезболиванием, во время которой пациент контролирует свое состояние путем выполнения привычной задачи — в данном случае игры на банджо. Поэтому в течение 3,5 часов операции Эдкок наигрывал пассажи на банджо, определяя, есть ли эффект от пробной стимуляции мозга, проводимой хирургами. В итоге искомый участок был обнаружен, и врачи вживили в него электрод, импульсация на который подается с электронного водителя ритма, имплантированного в грудную клетку. Операция прошла успешно, и уже через несколько часов после выписки из больницы музыкант дал концерт. По словам Эдкока, перенесенная операция была самым поразительным событием в его жизни.

Источник: medportal.ru



**Московский городской центр патолого-анатомических исследований Департамента здравоохранения г. Москвы. Московское отделение Российского общества патологоанатомов**

**Итоги работы патолого-анатомической службы взрослой сети лечебно-профилактических учреждений Департамента здравоохранения города Москвы за 6 лет (2002—2007 гг.) (В таблицах)**

**Патолого-анатомическая служба (ПАС) взрослой сети лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) Департамента здравоохранения города Москвы (ДЗМ) в 2007 г.**

В составе ПАС ЛПУ ДЗМ в 2007 г. всего было 59 структурных подразделений: Московский городской центр патолого-анатомических исследований (МГЦПИ) при ГКБ № 33 им. проф. А.А. Остроумова, городской фтизио-патолого-анатомический центр (ТКБ № 7), 10 окружных патолого-анатомических центров (ГКБ им. С.П. Боткина, НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, ГКБ №№ 3, 4, 7, 64, 67, 71, ГВВ № 3, ИКБ № 2), 43 патолого-анатомических отделения (ПАО), из них 5 — без собственных прозекторских (моргов), 4 отделения (лаборатории) патоморфологии в составе консультативно-диагностических центров (КДЦ) административных округов г. Москвы (№ 5 УЗ СВАО, № 6 УЗ САО), ДЦ «Клиника женского здоровья», Центра планирования семьи и репродукции Департамента здравоохранения г. Москвы (патологоанатомическое отделение). Кроме

того, в составе КДЦ № 1 УЗ ЮЗАО, № 2 УЗ ВАО производили исследования биопсийного материала для амбулаторно-поликлинических учреждений врачипатологоанатомы и лаборанты-гистологи на должностях врачей-лаборантов и лаборантов. В оставшихся двух других КДЦ (№3 УЗ ЮВАО и № 4 УЗ ЗАО) гистологические исследования проводили, соответственно, на базах ПАО ГВВ № 2 и ГКБ № 71.

На базе девяти ПАО расположены 6 кафедр патологической анатомии вузов (ММА, РГМУ, МГМСУ, УДН и РМАПО). На базе семи — танатологические отделения Бюро судебно-медицинской экспертизы ДЗМ. На базе МГЦПИ — организационно-методический отдел по патолого-анатомической службе (ОМО по ПАС) Департамента здравоохранения города Москвы.

**Таблица 1. Штаты и кадры ПАО взрослой сети ЛПУ ДЗМ за 6 лет (2002—2007 гг.)**

Показатель	Годы					
	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<b>Врачи-патологоанатомы</b>						
Число ставок	519	512	529	542	568	595 <sup>1</sup>
Число физических лиц (без внешних совместителей)	178	181	183	180	190	199
Коэффициент совместительства	2,2	1,7	2,0	2,1	2,1	2,2
Процент укомплектованности кадрами врачей	34%	35%	35%	33%	33,5%	34%
Число физических лиц — внешних совместителей	98	95	108	114	119	108
Коэффициент совместительства врачей — внешних совместителей	1,0	0,7	1,0	1,0	0,8	0,7
<b>Лаборанты-гистологи</b>						
Число ставок	775	799	803	846	877	901
Число физических лиц (без внешних совместителей)	276	277	263	283	297	308
Коэффициент совместительства	2,7	2,4	3,0	2,3	2,3	2,3
Процент укомплектованности кадрами лаборантов	36%	35%	33%	33%	34%	34%

**Примечание:** <sup>1</sup> без освобожденных ставок заведующих ПАО.

**Таблица 2. Количество исследований биопсийного и операционного материала за 6 лет (2002—2007 гг.)**

Показатель	Годы					
	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Количество исследований биопсийного и операционного материала (абс. и % к предыдущему году)	1.753.645 (106%)	1.994.652 (113%)	1.963.832 (98,5%)	1.980.575 (101%)	2.111.709 (107%)	2.315.628 (110%)

Из них в 2007 г. все КДЦ произвели 150.010 исследований (6,5% от общего числа)

**Таблица 3. Число (абс., %) исследований биопсийного и операционного материала в ПАО взрослой сети населения ЛПУ ДЗМ в 2006—2007 гг.**

Показатель	Число биопсийных исследований (абс., %)	
	2006 г.	2007 г.
Всего исследований	2.111.709 (100%)	2.315.628 (100%)
Операционный материал	1.118.056 (52,9%)	1.205.708 (52,1%)
Диагностические биопсии	993.653 (47,1%)	1.109.920 (47,9%)

**Таблица 4. 10 ПАО ЛПУ ДЗМ с максимальным числом произведенных исследований биопсийного и операционного материала в 2006—2007 гг.**

№№	ПАО	Число биопсий 2006 г.	ПАО	Число биопсий 2007 г.
1	ГКБ 33 им. А.А. Остроумова	110.556	ГКБ 50	121.988
2	ГКБ 50	109.222	ГКБ 33 им. А.А. Остроумова	111.243
3	Горонкодиспансер	105.526	ГКБ им. С.П. Боткина	109.030
4	ГКБ 62 (онкол.)	89.271	Горонкодиспансер	104.974
5	ГКБ им. С.П. Боткина	88.603	ГКБ 62 (онкол.)	91.165
6	ГКБ 64	78.869	ГКБ 12	78.853
7	ГКБ 40	75.690	ГКБ 40	76.508
8	ГКБ 20	73.521	ГКБ 64	74.581
9	ГКБ 31	72.370	ГКБ 31	71.771
10	ГКБ 49 (урол.)	61.748	ГКБ 20	67.890

Произведено исследований биопсийного и операционного материала в КДЦ в 2007 г.

№№	ЛПУ	Число биопсий
1	КДЦ № 6 УЗ САО	60.226
2	Центр планирования семьи и репродукции ДЗМ	43.652
3	КДЦ № 1 УЗ ЮЗАО	26.782
4	КДЦ № 5 УЗ СВАО	12.205
5	КДЦ № 2 УЗ ВАО	4.908
6	ДЦ «Клиника женского здоровья»	2.237

**Таблица 5. Показатели мощности и нагрузки ПАО взрослой сети ЛПУ ДЗМ за 6 лет (2002—2007 гг.)**

Показатель	Годы					
	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Мощность всех ПАО ЛПУ ДЗМ (число мест в сутки)	1.580	1.600	1.600	1.600	1.600	2000
Мощность всех ПАО (число трупов в год при сохранении их до 7 суток)	82.000	82.500	82.500	82.500	82.500	90.000
Поступило трупов всего (на вскрытие и сохранение)	68.555	64.543	62.925	62.796*	66.605*	65.658*
из них: — поступило из стационаров (абс., %)	41.056 (60%)	39.992 (62%)	37.552 (60%)	37.527 (60%)	39.639 (60%)	39.539 (60%)
— поступило умерших на дому (абс., %)	27.499 (40%)	24.621 (38%)	25.373 (40%)	25.269 (40%)	26.966 (40%)	26.119 (40%)
Процент нагрузки (использования) мощности моргов ПАО (в год)	84%	78%	77%	77%	77%	73%

**Примечание\*:** с 2005 г. — без учета трупов, переданных на СМЭ.

**Таблица 6. Основные показатели аутопсийной работы ПАО взрослой сети ЛПУ ДЗМ по больничной летальности (умершие в стационарах) за 6 лет (2002—2007 гг.)**

Показатель	Годы					
	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Поступило трупов в ПАО всего из стационаров и домашних (на вскрытия и сохранение)	70.077	68.045	62.925	62.796*	66.605*	65.658*
Произведено вскрытий всего умерших в стационарах и на дому (абс. и % от всех доставленных трупов)	29.283 (43%)	29.054 (43%)	28.284 (45%)	28.941 (45%)	29.857 (45%)	30.193 (46%)
Поступило из стационаров (абс. и % от всех доставленных трупов)	42.578 (61%)	43.424 (64%)	37.552 (60%)	37.527 (60%)	39.639 (60%)	39.539 (60%)
Произведено вскрытий умерших в стационарах (и % от числа умерших)	25.121 (59%)	23.883 (55%)	24.083 (64%)	23.877 (64%)	24.149 (61%)	24.436 (62%)
Процент вскрытий умерших в стационарах, имеющих в своем составе ПАО (без ЛПУ, где нет ПАО)	63%	62%	67%	67%	65%	67%
Процент вскрытий от числа умерших в прикрепленных стационарах (не имеющих в своем составе ПАО)	18%	41%	41%	41%	39%	38%

**Примечание\*:** с 2005 г. — без учета трупов, переданных на СМЭ.

**Таблица 7. Основные показатели аутопсийной работы ПАО взрослой сети ЛПУ ДЗМ по небольшой летальности (умершим на дому, вне стационаров) за 6 лет (2002—2007 гг.)**

Показатель	Годы					
	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Поступило умерших на дому (абс. и % от числа всех доставленных в ПАО)	27.499 (40%)	24.621 (38%)	25.373 (40%)	25.269 (40%)	26.966 (40%)	26.119 (40%)
Из них: доставлено отделом трупоперевозки ССНМП для решения вопроса о производстве патологоанатомического вскрытия (по приказу ДЗМ № 300 от 2000 г.)	23.239	20.720	21.025	21.015	23.202	19.573
Число вскрытий умерших на дому (абс. и % от числа доставленных для решения вопроса о вскрытии)	4.285 (18%)	4.089 (20%)	4.201 (20%)	5.064 (24%)	5.708 (25%)	5.757 (25%)
Число и процент выданных без вскрытия умерших на дому, доставленных для решения вопроса о вскрытии	18.954 (82%)	16.631 (75%)	16.639 (80%)	15.951 (76%)	17.494 (75%)	17.089 (75%)
Доставлено на сохранение с врачебным свидетельством о смерти (абс. и % от общего числа всех трупов, доставленных в ПАО)	4.260 (6%)	3.901 (5%)	4.348 (7%)	4.254 (7%)	3.764 (6%)	3.273 (5%)
Из них: — доставлены отделом трупоперевозки ССНМП (абс., % от доставленных на сохранение)	2.122 (50%)	1.914 (49%)	1.664 (38%)	1.456 (34%)	1.367 (36%)	1.227 (37%)
— доставлены коммерческими ритуальными фирмами и прочие — по просьбе администрации ЛПУ и др. (абс., % от доставленных на сохранение)	2.138 (50%)	1.987 (51%)	2.684 (62%)	2.798 (66%)	2.397 (64%)	2.046 (63%)

**Таблица 8. Число и процент патолого-анатомических вскрытий, произведенных в ПАО взрослой сети ЛПУ ДЗМ от числа всех умерших в г. Москве за 6 лет (2002—2007 гг.).**

Годы	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Число вскрытий	29.283	29.054	28.284	28.941	29.857	30.193
Процент вскрытий от числа всех умерших в г. Москве	от 135.900 (23%)	от 134.000 (22%)	от 125.900 (22,5%)	от 128.600 (22,5%)	от 127.100 (23,5%)	от 113.700 (26,6%)

Начало на стр. 4

**Таблица 9. ЛПУ взрослой сети ДЗМ с минимальными и максимальными показателями процента вскрытий умерших по базовому стационару по данным за 2003—2007 гг.**

2003 год	
До 50 % вскрытий	
ЛПУ	%
ПКБ № 15	19
Урологич. ГКБ № 47	33
ПТД № 5	36
МСЧ № 60	40
ГБ № 72, ГКБ № 19, 23	40
ГКБ № 61, 79, ПБ № 5	42
ГКБ № 7	48
Онколог. ГКБ № 62	49
Более 50 % вскрытий	
ГКБ № 33	99
ГКБ № 50	96
ИКБ № 3, ГКБ № 6	95
ИКБ № 2, ГКБ № 68	89
ГКБ № 4	87
ГВВ № 2, ГКБ № 70, ГБ № 54, ПБ № 3	86
ГКБ № 81, ИКБ № 1, НИИ СП им. Н.В. Склифосовского	85
ТКБ № 3, 7, ПКБ № 4, ГКБ № 29, 63, 71	81—84
2004 год	
До 50 % вскрытий	
ЛПУ	%
МСЧ № 60	0
ГКБ № 45	11
ГКБ № 23	36
ПКБ № 15	39
ГКБ № 62, МСЧ № 33	44
ГКБ им. С.П. Боткина	45
ГКБ 24, ГКБ 55	47
ГКБ 7	48
Более 50 % вскрытий	
ГКБ № 33	98
ГКБ № 50	96
ИКБ № 2, ИКБ № 3	96
ГКБ № 31	94
ГКБ № 57	86
ГКБ № 4, ПКБ № 4	85
ГКБ № 29, ГКБ № 68	84
ГБ № 54	83
2005 год	
До 50 % вскрытий	
ЛПУ	%
МСЧ № 60	11
Урологич. ГКБ № 47	16
ПКБ № 15	18
ГКБ № 23	32
ГКБ № 72	33
ПКБ № 5	36
МСЧ № 33	38
ГКБ № 15	44
ГКБ № 20	48
Более 50 % вскрытий	
Онколог. ГКБ № 62	100
ГКБ № 33	98
ГКБ № 50	95
ГКБ № 31	94
ПКБ № 4	92
ИКБ № 2, ГВВ № 2	85
ГКБ № 4, ГКБ № 51, ГКБ № 81, ПКБ № 3	84
ГКБ № 57	83
ГКБ № 1	82
2006 год	
До 50 % вскрытий	
ЛПУ	%
МСЧ № 60, ГКБ 72	0
ПКБ № 15	19
ГКБ № 45	28
ГКБ № 49	31
ГКБ им. С.П. Боткина	33
ГКБ № 23 «Медсантруд»	34
ГКБ № 62	35
ГКБ № 15	37
ГКБ № 7	41
Более 50 % вскрытий	
ГКБ № 33	99
ГКБ № 50	96
ИКБ № 3	98
ГКБ № 31	94
ГКБ № 81	92
ГКБ № 1, ГБ № 3, ПКБ № 4	88
ПКБ № 3	86
ГКБ № 13	83
ТКБ № 7, ПКБ № 1	82
2007 год	
До 50 % вскрытий	
ЛПУ	%
ГКБ № 72	0
Урологич. ГКБ № 47	14
МСЧ № 60	18
ГКБ № 7	34
ГКБ № 24	40
ГКБ им. С.П. Боткина	40
ГКБ № 15	41
ПБ № 5	43
ГКБ № 23, 62 (онкол.)	45
ИКБ № 1, ГКБ № 45	49—50
Более 50 % вскрытий	
ЛПУ	%
ГКБ № 33	98
ГКБ № 50	95
ИКБ № 3	93
ГКБ № 81	91
ГКБ № 31	90
ГКБ № 1	86
ГБ № 17, ПКБ № 1, ПКБ № 4	85
ГКБ № 13, ПКБ № 3	84
ГКБ № 4, НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, НИИ гастроэнтерол.	83
ГБ № 3	80

**Таблица 10. ЛПУ взрослой сети ДЗМ с максимальными и минимальными показателями процента выданных без вскрытия умерших по прикрепленным стационарам в 2003—2007 гг.**

2003 год	
Выдано без вскрытия более 60%	
ГКБ им. С.П. Боткина, ГКБ 4, 15, 33, 64, 72, ГВВ 2, ГБ 17, ПБ 1	ИКБ 1, ИКБ 2, НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, ГКБ 1, ГКБ 53, ТКБ 7
2004 год	
Выдано без вскрытия более 60%	
ГКБ им. С.П. Боткина, ГКБ 7, 64, 81, ГВВ 3, ГБ 17	ИКБ 1, ИКБ 2, НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, ТКБ 7
2005 год	
Выдано без вскрытия более 60%	
ГКБ им. С.П. Боткина, ГКБ 4, 7, 33, 64, ГВВ № 2, ГВВ № 3, ПКБ 4 им. Ганнушкина	ИКБ 1, ИКБ 2, НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, ГКБ 1, ГКБ 53, ТКБ 7
2006 год	
Выдано без вскрытия более 60%	
ГВВ 3, ГКБ им. С.П. Боткина, ГКБ 7, 33, 64	ИКБ 1, ИКБ 2, ТКБ 7
2007 год	
Выдано без вскрытия более 60%	
ГКБ им. С.П. Боткина, ГКБ 3, 12, 15, 33, 64, ГВВ 2, 3	ГКБ 7, 17, 53, ПКБ 1, ТКБ 7

**Таблица 11. ПАО ЛПУ ДЗМ с минимальным и максимальным показателями процента выдачи без вскрытия умерших на дому в 2003—2007 гг.**

2003 год	
ПАО	% без вскрытий
ИКБ № 1	13
НИИ СП им. Н.В. Склифосовского	17
ГКБ № 13	27
ГКБ № 53	20
ГКБ № 81	37
ГКБ № 23	95
ГКБ № 7	97
ГВВ № 3	98
ГКБ № 54	100
ГКБ № 68	100
2004 год	
ПАО	% без вскрытия
ИКБ 1, ИКБ 2 ИКБ 3, ТКБ 3	0
ГКБ № 81	32,5
ГКБ № 1	48,6
ГКБ № 36	49,5
ГКБ № 57	87,8
ГКБ № 70	93,8
ГКБ № 23	94,4
ГКБ № 3	95,6
ГКБ № 7	97
ГВВ № 3	98
2005 год	
ПАО	% без вскрытий
ИКБ 2, ИКБ 3	0
ИКБ 1, ТКБ 7	11
ГКБ № 81	31
ГКБ № 64	33
ГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова	49
ГКБ № 53	50
ГКБ № 72	51
ГКБ им. С.П. Боткина	53
ГКБ № 51	58
ГКБ № 67	63
2006 год	
ПАО	% без вскрытий
ИКБ № 1	0
ТКБ № 7	9
ГКБ № 81	12
ГКБ № 72	46
ГКБ № 53	50
ГКБ № 1	52
ГКБ № 50	58
ГКБ № 64	62
ГБ № 3, ГКБ № 23, ГКБ № 29, ГВВ № 3	90-94
ГКБ № 7, ГКБ № 68	97
2007 год	
ПАО	% без вскрытия
ТКБ № 7	8
ГКБ № 81	12
ГКБ № 64	31
ГКБ № 1	41
ГКБ № 72	43
ГКБ № 57	93
ГКБ № 23	94
ГКБ № 7	96
ГБ № 3	98
ГКБ № 29, ГКБ № 68	100

**Таблица 13. Частота (%) классов заболеваний по МКБ-10 — первоначальных причин смерти по результатам вскрытий умерших в стационарах взрослой сети ЛПУ ДЗМ за 6 лет (2002—2007 гг.)**

№№	Классы болезней по МКБ-10	Частота, % к общему числу вскрытий					
		2002	2003	2004	2005	2006	2007
1.	Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	3,7	3,4	3,7	4,3	4,3	3,9
2.	Новообразования	18	13,4	13,2	12,9	13,4	13,1
3.	Болезни крови, кроветворных органов и отд. нарушения, вовлекающие иммунный механизм	1	0,3	0,2	0,1	0,2	0,3
4.	Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	2	1,6	1,4	1,4	1,3	1,1
5.	Психические расстройства	5	3,8	3,2	3,5	2,8	2,6
6.	Болезни нервной системы	0,1	3,3	2,3	1,8	2,0	2,2
7.	Болезни глаза и его придаточного аппарата	0,01	0	0	0	0	0
8.	Болезни уха и сосцевидного отростка	0,01	0,08	0,08	0,05	0,1	0,05
9.	Болезни системы кровообращения	61,8	52,3	54,7	54,7	54,5	56,0
10.	Болезни органов дыхания	3	5,8	5,1	4,8	4,6	4,6
11.	Болезни органов пищеварения	5	12	11,7	11,7	12,5	11,9
12.	Болезни кожи и подкожной клетчатки	0,06	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4
13.	Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	0,06	0,5	0,4	0,4	0,5	0,4
14.	Болезни мочеполовой системы	0,4	2,3	2,3	2,5	2,1	2,2
15.	Беременность, роды и послеродовый период	0,06	0,07	0,07	0,07	0,04	0,04
17.	Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	0,01	0,2	0,4	0,4	0,2	0,2
19.	Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин. Внешние причины заболеваемости и смертности	0,1	1,1	1,0	1,3	1,1	1,1
20.							
ИТОГО		100	100	100	100	100	100

**Таблица 14. Частота (%) некоторых заболеваний — первоначальных причин смерти по результатам вскрытий умерших в стационарах взрослой сети ЛПУ ДЗМ в 2003—2007 гг.**

Нозологии и их группы	Частота, % к общему числу вскрытий				
	2003	2004	2005	2006	2007
Инфекционные болезни					
Туберкулез	2,7	2,3	3,4	2,0	1,9
ВИЧ-инфекция	0,3	0,8	1,3	1,6	1,5
Гепатит вирусный	0,1	0,1	0,2	0,3	0,2
Новообразования					
Рак толстой кишки (включая ректо-сигмоидный отдел)	2,2	2,0	2,4	2,7	2,4
Рак желудка	1,6	1,5	1,5	1,5	1,7
Рак легкого	1,6	1,7	1,6	1,5	1,8
Лейкозы и лимфомы	1,6	1,6	1,8	1,6	1,9
Рак поджелудочной железы	1,1	1,0	0,9	1,1	1,2
Рак прямой кишки	0,5	0,4	0,3	0,4	0,5
Рак молочной железы	0,5	0,6	0,6	0,5	0,7
Рак матки (шейки и тела)	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4
Рак простаты	0,4	0,4	0,3	0,4	0,5
Рак печени	0,4	0,5	0,5	0,4	0,6
Эндокринные болезни					
Сахарный диабет	1,4	1,1	1,1	1,0	0,8
Психические расстройства					
Деменция и др. F 00—09	2,1	1,5	1,5	1,2	1,5
Алкоголизм	1,3	1,6	1,8	1,5	1,5
Болезни нервной системы					
Алкогольная энцефалопатия	1,4	1,6	1,1	1,3	1,2
Болезни системы кровообращения					
Ревматизм, ревм. пороки сердца	0,6	0,7	0,6	0,7	0,6
Алкогольная кардиомиопатия	0,5	0,8	0,9	0,8	0,9
ИБС	23	23,3	24,3	24,2	25,2
Инфаркт миокарда	13	14,4	13,8	14,1	14,1
ЦВБ	22	25	23,8	23,5	24,7
Инсульты	19	22,4	19,4	20,0	20,7
Геморрагические инсульты	6	7	6,7	6,1	6,2
Ишемические инфаркты мозга	13	15,4	14,1	13,9	14,5
Болезни органов дыхания					
Острые пневмонии	3,4	2,7	2,6	2,3	2,1
ХОБЛ	1,7	1,7	1,5	1,6	1,5
Болезни органов пищеварения					
Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки	1,7	1,6	1,4	1,4	1,5
Аппендицит	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Ущемленные грыжи	0,4	0,4	0,3	0,3	0,3
Сосудистые болезни кишечника	1,4	1,5	1,6	1,7	1,7
Кишечная непроходимость	0,5	0,5	0,4	0,4	0,4
Алкогольная болезнь печени	2,5	2,0	2,6	3,1	3,2
Цирроз печени, хр. гепатиты неуточненной этиологии	2,5	2,1	2,2	2,3	2,4
ЖКБ, холецистит	0,8	0,7	0,6	0,6	0,7
Острый панкреатит	2,0	1,5	1,7	1,8	1,9
Хронический панкреатит	0,3	0,2	0,2	0,2	0,1
Болезни мочеполовой системы					
Острый и хронический пиелонефрит	1,9	1,7	1,7	1,3	1,2

**Таблица 12. 10 ПАО ЛПУ ДЗМ с максимальным числом произведенных аутопсий в 2006—2007 гг.**

№№	ПАО	Число аутопсий 2006 г.	ПАО	Число аутопсий 2007 г.
1	ГКБ 81	1715	ГКБ 81	1807
2	ГКБ 64	1609	ГКБ 33	1452
3	ГКБ 33	1510	ГКБ 64	1391
4	ГКБ 50	1346	ГКБ 50	1341
5	ГКБ 67	1232	ГКБ 67	1289
6	ГКБ 52	1211	НИИ им. Н.В. Склифосовского	1177
7	НИИ им. Н.В. Склифосовского	1138	ГКБ 20	1167
8	ГКБ 4	1114	ГКБ 52	1097
9	ГКБ 68	1024	ГКБ 4	1071
10	ГКБ 1 им. Н.И. Пирогова	987	ГКБ им. С.П. Боткина	1051

Продолжение на стр. 6



Начало на стр. 4, 5 ↗

**Таблица 15. Летальность (%) при основных классах болезней по МКБ-10 и при некоторых заболеваниях в ЛПУ ДЗМ за 5 лет (2003–2007 гг.) по данным Бюро медицинской статистики ДЗМ**

Классы МКБ-10	Показатель	Годы				
		2003	2004	2005	2006	2007
I	Инфекционные и паразитарные болезни	2,9	2,5	3,0	3,0	3,2
II	Новообразования	7,6	7,8	8,1	8,1	8,0
III	Болезни крови, кроветворных органов	2,2	2,4	1,9	2,0	2,4
IV	Болезни эндокринной системы	2	1,9	1,9	1,9	1,5
V	Психические расстройства	0,7	0,7	0,6	0,6	0,7
VI	Болезни нервной системы	3,9	3,5	3,6	3,0	3,0
IX	<i>Нозологии из групп ИБС и ЦВБ:</i> — Инфаркт миокарда — Геморрагический инсульт — Ишемический инфаркт головного мозга	19,5 69,4 27,2	19,3 66,9 27,4	19,5 66,7 26,6	19,2 65,6 26,0	19,7 66,6 26,7
X	Болезни органов дыхания	3,1	2,6	2,3	2,3	2,2
XI	Болезни органов пищеварения	3	2,9	2,9	3,0	2,8
XII	Болезни кожи и подкожной клетчатки	0,8	0,8	0,7	0,7	0,6
XIII	Болезни костно-мышечной системы и соедин. ткани	0,4	0,3	0,3	0,4	0,3
XIV	Болезни мочеполовой системы	0,9	0,7	0,7	0,6	0,6
XVII	Врожденные аномалии, хромосомные нарушения	2,1	1,7	1,9	2,3	1,7
XIX	Травмы, ятрогении	4,1	3,8	2,5	3,3	3,2
	<b>Общая летальность в ЛПУ Департамента</b>	<b>3,5</b>	<b>3,4</b>	<b>3,3</b>	<b>3,3</b>	<b>2,8</b>

**Таблица 16. Процент расхождений (%) клинических и патологоанатомических диагнозов у умерших в ЛПУ ДЗМ за 11 лет (1997–2007 гг.)**

Годы	Частота расхождений диагнозов (%)			
	Средний % расхождений диагнозов	Категории расхождения диагнозов		
		I	II	III
1997	17,2	40,3	58,1	1,6
1998	16,3	42,2	56,6	1,2
1999	16,9	41,7	57,3	1,0
2000	16,2	40,7	59,4	0,9
2001	16,2	44,0	55,1	0,9
2002	17,3	42,4	56,9	0,7
2003	15,2	45,2	54,2	0,6
2004	16,8	44,3	55,3	0,4
2005	16,2	46,0	53,5	0,5
2006	16,3	47,3	52,3	0,4
2007	16,1	47,5	52,3	0,2

**Таблица 17. Расхождения диагнозов (%) по базовому стационару в разных ПАО ЛПУ ДЗМ по данным за 2005–2007 гг.**

2005 г.				
№№	Максимальный (более 20%) процент расхождений диагнозов		Минимальный (менее 10%) процент расхождений диагнозов	
	ЛПУ	%	ЛПУ	%
1	НИИ СП им. Н.В. Склифосовского	27,2	ГКБ 60	4,1
2	ГКБ 71	22,8	ПКБ 4 им. П.Б. Ганнушкина	5,8
3	ГКБ 67	22,5	Онкол. ГКБ 62	6,8
4	ГКБ 52, ГКБ 36	22,3	КИБ 2	7,0
5	ГКБ 4, ГКБ 52	21,9	ТКБ 3 им. Г.А. Захарьина	7,1
6	ГКБ 70	21,7	ПКБ 3 им. В.А. Гиляровского	7,7
7	ГКБ 53	21,3	ГКБ 24	8,3
2006 г.				
№№	Максимальный (более 20%) процент расхождений диагнозов		Минимальный (менее 10%) процент расхождений диагнозов	
	ЛПУ	%	ЛПУ	%
1	ГКБ № 12 (ЗИЛ)	26,2	ПКБ № 4	3,3
2	ГКБ № 4	25,6	ИКБ № 2	4,7
3	ГКБ № 71	24,1	ГКБ им. Боткина, ГКБ № 24	6,3
4	ГКБ № 52	23,1	ТКБ № 3	6,8
5	ГБ № 70	23,0	ПБ № 3	7,6
6	НИИ СП им. Н.В. Склифосовского	22,8	ГКБ № 13	8,7
7	ГБ № 53	21,4	ГКБ № 7	8,8
2007 г.				
№№	Максимальный (более 20%) процент расхождений диагнозов		Минимальный (менее 10%) процент расхождений диагнозов	
	ЛПУ	%	ЛПУ	%
1	ГКБ № 12	27,5	ПКБ № 4	5,1
2	ГКБ № 70	25,2	ИКБ № 2	5,3
3	НИИ СП им. Н.В. Склифосовского	22,5	ГКБ им. С.П. Боткина	6,8
4	ГКБ № 52	22,8	ТКБ № 3	7,3
5	ГКБ № 36	21,7	ГКБ № 62 онколог.	9,7
6	ГКБ № 15	20,8	—	—
7	ГКБ № 31	20,6	—	—

**Таблица 18. Показатели расхождения диагнозов (в %) по вскрытиям умерших на дому в разных ПАО ЛПУ ДЗМ в 2006–2007 гг. (при внебольничной летальности)**

2006 г.			2007 г.		
№ №	ПАО ЛПУ	% расхождений диагнозов	№ №	ПАО ЛПУ	% расхождений диагнозов
1	ГКБ 1 им. Н.И. Пирогова	94,8	1	ГКБ 51	100
2	ГКБ 12 (ЗИЛ)	90,9	2	ГКБ 57	97,1
3	ГКБ 4	88,0	3	ГКБ 1 им. Н.И. Пирогова	96
4	НИИ СП им. Н.В. Склифосовского	83,3	4	ГКБ 4	90,7
5	ГКБ 7	81,8	5	ГКБ 12	87,4
6	ГКБ 70	75,9	6	ГКБ 72	67,3
7	ГКБ 51	68,2	7	ГКБ 23	64

**Таблица 19. Частота (%) расхождений диагнозов при различных классах заболеваний у умерших в ЛПУ ДЗМ за последние 6 лет (2002–2007 гг.)**

Классы МКБ-10	Заболевания	Годы					
		2002	2003	2004	2005	2006	2007
I	Инфекционные и паразитарные болезни	14	9	10,8	11,0	7,4	7,6
II	Новообразования	20	21	22,9	19,9	19,8	21,3
III	Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	5	6	17,6	31,3	21,6	12,7
IV	Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	15	18	13,1	11,4	9,9	10,6
V	Психические расстройства	4	3	7,4	4,7	9,3	5,3
VI	Болезни нервной системы	15	11	5,8	6,5	8,8	8,3
VII	Болезни глаза и его придаточного аппарата	—	—	—	—	—	—
VIII	Болезни уха и сосцевидного отростка	6	6	11,1	25,0	—	9,1
IX	Болезни системы кровообращения	14	15	12,3	12,5	11,9	12,9
X	Болезни органов дыхания	21	19	17,4	13,7	16,9	17,2
XI	Болезни органов пищеварения	22	16	15,2	14,5	13,0	12,5
XII	Болезни кожи и подкожной клетчатки	11	10	8,1	7,8	11,2	13,7
XIII	Болезни костно-мышечной системы и соедин. ткани	14	13	7,0	12,2	10,2	14,9
XIV	Болезни мочеполовой системы	28	26	21,1	21,4	22,4	23,3
XV	Беременность, роды и послеродовой период	18	30	18	30,8	44,4	55,6
XVII	Врожденные аномалии, деформации и хром. нарушения	21	19	6,7	8,5	20,8	18,8
XIX	Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	18	18	2,5	6,7	7,7	5,7
	<b>ВСЕГО (среднегодовой показатель)</b>	<b>17,3</b>	<b>15,2</b>	<b>16,8</b>	<b>16,2</b>	<b>16,3</b>	<b>16,1</b>

**Таблица 20. Частота (%) расхождений диагнозов при различных заболеваниях и их классах у умерших в ЛПУ ДЗМ за последние 6 лет (2002–2007 гг.)**

Классы по МКБ-10	Заболевания	Годы					
		2002	2003	2004	2005	2006	2007
I	Инфекционные и паразитарные болезни	14	9	10,8	11,0	7,4	7,6
	из них:						
	Туберкулез	20	8	9,8	13,6	7,5	9,2
	Сепсис	28	26	84,3	36,4	34,1	28
	ВИЧ-инфекция	2	3	1,5	0,7	3,2	2,9
	Гепатит вирусный	5	3	28,1	3,3	5,3	—
II	Новообразования	20	21	22,9	19,9	19,8	21,3
	из них:						
	Рак пищевода	4	4	9,8	16,3	20,4	28,2
	Рак желудка	15	17	22,5	20,0	16,8	17,2
	Рак толстой кишки	18	15	22,5	16,9	13,0	17,4
	Рак прямой кишки	12	13	17,8	16,0	17,2	14,5
	Рак печени	40	39	34,5	40,8	33,3	41
	Рак поджелуд. железы	28	25	29,5	21,3	24,6	21,5
	Рак легкого	24	27	26,7	26,3	28,8	30,6
	Рак молочной железы	10	11	9,4	11,6	11,4	9,1
	Рак матки	16	18	28,9	22,8	19,0	18,4
	Рак простаты	34	32	31,2	20,3	31,8	29,9
	Рак щитовидной железы	20	25	45,5	13,3	30,8	31,3
	Лейкозы и лимфомы	10	12	11,7	9,8	11,6	8,3
III	Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	5	6	17,6	31,3	21,6	12,7
	из них:						
	— Анемии	7	9	21,1	36,0	23,3	13,7
IV	Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	15	18	13,1	11,4	9,9	10,6
	из них:						
	— Болезни щитовидной железы	25	27	27,3	27,3	33,3	—
	— Сахарный диабет	8	11	11,5	8,6	7,6	7,7
V	Психические расстройства	4	3	7,4	4,7	9,3	5,3
	из них:						
	— Алкоголизм	6	5	10,1	7,3	15,0	12,7
VI	Болезни нервной системы	15	11	5,8	6,5	8,8	8,3
	из них:						
	— Менингит, энцефалит	13	12	26,1	23,3	32,4	20,4
VII	Болезни глаза и его придаточного аппарата	—	—	—	—	—	—
VIII	Болезни уха и сосцевидного отростка	6	6	11,1	25,0	—	9,1
	из них:						
	— Гнойный отит	7	9	14,3	25,0	—	9,1
IX	Болезни системы кровообращения	14	15	12,3	12,5	11,9	12,9
	из них:						
	<b>ИБС (все нозологии)</b>	<b>13</b>	<b>12</b>	<b>12,9</b>	<b>12,4</b>	<b>11,5</b>	<b>12,1</b>
	— Острая коронарная недостаточн.	23	18	15,1	13,2	13,9	17,1
	— Инфаркт миокарда (все)	16	15	12,2	11,6	10,6	10,7
	— Острый инфаркт миокарда	17	15	12,8	10,1	10,9	9,5
	— Повторный инфаркт миокарда	14	15	10,6	13,3	9,7	11,4
	— Постинфарктный кардиосклероз	16	15	14,7	13,9	14,4	14,5
	— Хроническая аневризма сердца	19	17	21,7	24,2	22,1	20,6
	<b>ЦВБ (все нозологии)</b>	<b>18</b>	<b>13</b>	<b>8,6</b>	<b>10,3</b>	<b>10,2</b>	<b>11,4</b>
	— Кровоизлияние в мозг	15	17	12,4	15,4	16,4	20,6
	— Ишемический инфаркт мозга	10	10	6,2	7,9	7,4	7,7
	— Аневризмы аорты с разрывом	38	34	36	30,1	30,6	34,1
	Флебиты, тромбозы	35	30	17,6	15,1	13,2	11,8
X	Болезни органов дыхания	21	19	17,4	13,7	16,9	17,2
	из них:						
	— Пневмония	18	20	20,3	13,8	17,9	19,4
	— ХОБЛ	15	16	10,8	12,4	13,4	12,1
XI	Болезни органов пищеварения	22	16	15,2	14,5	13,0	12,5
	из них:						
	— Язвенная б-нь жел. и 12-п.к.	23	22	19,7	22,2	26,1	18,0
	— Аппендицит	8	10	29,4	5,6	16,7	18,8
	— Грыжи	6	6	11,5	9,4	9,9	6,7
	— Кишечная непроходимость	19	19	12,5	19,3	14,4	16,9
	— Цирроз печени (без алк.)	8	10	7	8,2	6,4	6
	— Алкогольн. гепатит и цирроз	9	8	8,3	8,3	3,9	5,7
	— Холецистит	18	20	17,4	18,2	14,3	13,3
	— Острый панкреатит	27	22	18,7	14,6	17,6	16,1
XII	Болезни кожи и подкожной клетчатки	11	10	8,1	7,8	11,2	13,7
XIII	Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	14	13	7,0	12,2	10,2	14,9
	из них:						
	— остеомиелит	46	50	0	35,7	16,7	6,7
XIV	Болезни мочеполовой системы	28	26	21,1	21,4	22,4	23,3

Начало на стр. 4, 5, 6 ↗

**Таблица 21. Частота (%) важнейших смертельных осложнений и процент расхождений у умерших в ЛПУ ДЗМ по данным вскрытий в 2003—2007 гг.**

2003 г.		
Смертельные осложнения	Частота (% к числу вскрытий)	% расхождений диагнозов
Пневмония	9	14
ТЭЛА	9	23
Кровотечения, острая постгеморрагическая анемия	5	29
Сепсис	0,3	24
Перитонит	0,5	9
Другие гнойно-воспалительные осложнения	1,0	14
2004 г.		
Смертельное осложнение	Частота (% к числу вскрытий)	% расхождений диагнозов
Пневмония	11	12
ТЭЛА	5	28
Кровотечения, острая постгеморрагическая анемия	8	11
Перитонит	3	10
Сепсис	0,6	23
Менингит, абсцессы мозга	0,1	9
Другие гнойно-воспалительные осложнения	0,5	15
2005 г.		
Смертельное осложнение	Частота (% к числу вскрытий)	% расхождений диагнозов
Пневмония	7,3	7,7
ТЭЛА	6,4	20,2
Кровотечения, острая постгеморрагическая анемия	6,8	15,3
Перитонит	3,2	11,5
Сепсис	0,9	17,8
Менингит, абсцессы мозга	0,2	20,5
Другие гнойно-воспалительные осложнения	6,1	11,5
2006 г.		
Смертельное осложнение	Частота (% к числу вскрытий)	% расхождений диагнозов
Пневмония	6,9	8,7
ТЭЛА	6,9	16,5
Кровотечения, острая постгеморрагическая анемия	4,4	14,0
Перитонит	2,9	12,6
Сепсис	0,5	16,7
Менингит, абсцессы мозга	0,2	18,4
Другие гнойно-воспалительные осложнения	1,6	15,4
2007 г.		
Смертельное осложнение	Частота (% к числу вскрытий)	% расхождений диагнозов
Пневмония	5,5	10,7
ТЭЛА	6,1	18,2
Кровотечения, острая постгеморрагическая анемия	3,8	7,9
Перитонит	2,6	8,4
Сепсис	0,5	11,7
Менингит, абсцессы мозга	0,2	28,6
Другие гнойно-воспалительные осложнения	4,8	10,5

**Таблица 22. Частота (%) классов заболеваний по МКБ-10 и некоторых нозологий — первоначальных причин смерти, по результатам вскрытий умерших на дому за 5 лет (2003—2007 гг.).**

Классы МКБ-10	Классы болезней по МКБ-10 и нозологии	Годы				
		2003	2004	2005	2006	2007
I	Инфекционные и паразитарные болезни из них: туберкулез	3,0 1,8	1,8 1,6	1,6 1,5	1,3 1,1	1,0 1,0
II	Новообразования	13	13,4	16,1	15,7	15,1
III	Болезни крови, кроветворных органов	0,6	0,1	0,2	0,1	0,22
IV	Болезни эндокринной системы, расстройства питания	4,6	0,5	0,4	0,5	0,7
V	Психические расстройства	0,9	1,4	1,0	0,8	1,1
VI	Болезни нервной системы	0,9	0,7	0,8	0,5	0,7
VII	Болезни глаза и его придаточного аппарата	0	0	0	0	0
VIII	Болезни уха и сосцевидного отростка	0	0	0	0,02	0
IX	Болезни системы кровообращения из них: ИБС: — Острая коронарная недостаточность — Инфаркт миокарда ЦВБ: — Инсульты	63,8 42 3,2	67,8 41 3,8	67,0 43,8 2,8	70,0 44,5 2,8	68,9 44,8 2,1
		17,5	15,6	12,8	11,9	12,2
		14,2	14,9	15,4	18,3	19,6
		12	10,9	8,9	9,5	10,3
X	Болезни органов дыхания Из них: пневмония	7,2 3,7	5,8 2,9	4,1 1,5	4,5	4,1
XI	Болезни органов пищеварения	3,0	4,9	5,9	4,1	4,5
XII	Болезни кожи и подкожной клетчатки	0,1	0,03	0	0	0,04
XIII	Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	0,2	0,1	0,2	0,05	0,02
XIV	Болезни мочеполовой системы	1,4	1,8	1,6	1,13	1,53
XV	Беременность, роды и послеродовый период	0	0	0	0	0
XVII	Врожденные аномалии и хромосомные нарушения	0,1	0,2	0,1	0,2	0,1
XIX	Травмы и др. (преимущественно передано на СМЭ)	1,2	1,0	0,9	1,1	2,0
<b>ИТОГО</b>		100	100	100	100	100%

**Таблица 23. Частота расхождений диагнозов (%) при разных заболеваниях у умерших на дому (при внебольничной летальности) в 2002—2007 гг. (исключено 53—61% случаев без клинических диагнозов)**

Показатель	Годы					
	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Онкологические заболевания	31	31	30	35	34	35
Ишемические болезни сердца	45	45	43	34	33	31
Из них: инфаркт миокарда	48	51	52	48	51	50
Болезни органов дыхания и пищеварения	69	38—43	37—42	68	66	68
<b>ИТОГО</b>	48	40	41	48	46	49

**Таблица 24. Частота расхождений диагнозов (%) при инфаркте миокарда в 2002—2007 гг.**

Показатель	Годы					
	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Больничная летальность	16	15	12	12	11	11
Внебольничная летальность	48	51	52	48	51	50
<b>ИТОГО</b>	25	29	26	25	26	25

**Таблица 25. Частота и число расхождений диагнозов при инфекционных заболеваниях в 2006—2007 гг.**

Нозологии	2006 г.		2007 г.	
	Частота и % к числу вскрытий	Расхождения диагнозов	Частота и % к числу вскрытий	Расхождения диагнозов
Туберкулез	481 (46,1%)	36 (7,5%)	422 (46,3%)	39 (9,2%)
Брюшной тиф	0	0	0	0
Сальмонеллез	4 (0,4%)	0	0	0
Шигеллез	0	0	0	0
Другие бактериальные кишечные инфекции	7 (0,7%)	2 (28,6%)	4 (0,4%)	0
Дифтерия	2 (0,2%)	0	1 (0,1%)	0
Листериоз	2 (0,2%)	0	4 (0,4%)	1 (25%)
Менингококковая инфекция	15 (1,4%)	0	11 (1,2%)	1 (9,1%)
Сепсис	41 (3,9%)	14 (34,1%)	50 (5,5%)	14 (28%)
Рожа	17 (1,6%)	3 (17,6%)	13 (1,4%)	2 (15,4%)
Гепатит вирусный	76 (7,3%)	4 (5,3%)	48 (5,3%)	0
ВИЧ-инфекция	375 (35,9%)	12 (3,2%)	341 (37,4%)	10 (2,9%)
Другие инфекционные болезни	24 (2,3%)	6 (25,0%)	17 (1,9%)	2 (11,8%)
<b>ИТОГО</b>	1044 (4,3%)	77 (7,4%)	912 (3,9%)	69 (7,6%)

**Таблица 26. Характеристика материнской смерти по данным вскрытий в Московском городском центре патолого-анатомических исследований (МГЦПА) в 2005—2007 гг.**

Нозологическая единица	2005 г.		2006 г.		2007 г.	
	Число наблюдений	Число и % расхождений	Число наблюдений	Число и % расхождений	Число наблюдений	Число и % расхождений
Гипотоническое маточное кровотечение	2	—	—	—	—	—
Эклампсия, преэклампсия	—	—	1	—	—	—
Эмболия околоплодными водами	3	1 (33,3%)	1	1 (100%)	—	—
Самопроизвольный аборт	—	—	—	—	—	—
Трубная беременность с разрывом трубы	2	—	—	—	1	—
Осложнения послеродовые, ТЭЛА	1	1 (100%)	—	—	—	—
Осложнения послеродовые, сепсис	—	—	1	—	—	—
Сахарный диабет	1	1 (100%)	—	—	—	—
Острый лейкоз	1	1 (100%)	—	—	—	—
Геморрагический инсульт	3	1 (33,3%)	—	—	3	1 (33,3%)
Злокачественная опухоль яичников	—	—	—	—	1	1 (100%)
Анафилактический шок	—	—	2	2 (100%)	—	—
Врожденный порок сердца	—	—	1	—	1	—
Тромбоцитопеническая пурпура	—	—	1	1 (100%)	—	—
Дилатационная кардиомиопатия	—	—	1	—	—	—
Разрыв матки	—	—	—	—	2	2 (100%)
HELLP-синдром	—	—	—	—	1	1 (100%)
Наркомания героиновая	—	—	1	—	—	—
<b>ИТОГО</b>	13	4 (30,8%)	9	4 (44,4%)	9	5 (55,6%)

Примечание: всего в Москве в 2007 г. зарегистрировано 15 материнских смертей.

**Таблица 27. Частота и число расхождений диагнозов при важнейших смертельных осложнениях у умерших на дому в 2006 г. (по 3236 аутопсиям) и в 2007 г. (по 4915 аутопсиям)**

Смертельные осложнения	2006 г.		2007 г.	
	% к числу вскрытий	% расхождений	% к числу вскрытий	% расхождений
Пневмония	8,1	79	9,2	73
ТЭЛА	6,1	86	7,1	82
Кровотечения, острая постгеморрагическая анемия	1,9	26	2,8	43
Сепсис	0,1	100	0,1	100
Перитонит	0,9	88	0,8	87
Другие гнойно-воспалительные осложнения	1,0	30	1,5	45

Главный патологоанатом Департамента здравоохранения города Москвы,  
Председатель Московского отделения Российского общества патологоанатомов,  
доктор медицинских наук, профессор О.В. Зайратьянц  
Заведующий организационно-методическим отделом по патолого-анатомической службе  
Департамента здравоохранения города Москвы  
кандидат медицинских наук Н.И. Полянко



## ИнтерНьюс

### Педиатров — на зону

Тюремная медицина — тема закрытая от нашего общества. Тем важнее отдельные проблески на этом мрачном фоне. На базе Санкт-Петербургской государственной медицинской педиатрической академии будет создан факультет подготовки врачей для колоний и тюрем. Договоренность об открытии факультета пенитенциарной медицины была достигнута в ходе встречи руководителя Главного управления Федеральной службы исполнения наказаний (ГУ ФСИН) Владимира Маленчука с ректором СПбГМПА профессором Владимиром Левановичем. Создание нового факультета обусловлено потребностью органов и учреждений Уголовно-исполнительной системы (УИС) в квалифицированных медицинских кадрах. С их помощью ГУ ФСИН рассчитывает кардинально изменить функционирование системы медицинского обеспечения спецконtingента. Ожидается, что целевое направление студентов станет возможным уже в следующем учебном году. Обучение планируется проводить на дневном и вечернем отделениях факультета.

Источник: medportal.ru

### Пожилые ученые продуктивнее молодых

Традиционно считается, что молодые ученые более продуктивны и имеют больший творческий потенциал по сравнению с исследователями в возрасте. Однако данные Национального института здоровья США (NIH) поставили это утверждение под сомнение. В 1970 г. средний возраст исследователя, впервые получившего грант NIH, составлял 34,3 года, а в 2004 г. — 41,7 года. Эта информация послужила стимулом для исследования канадских ученых. Они проанализировали публикации 13,8 тысяч квебекских профессоров и составили графики зависимости их количества и «качества» от возраста авторов. Под «качеством» в данном случае подразумевается импакт-фактор журнала (численный показатель его значимости, зависящий от числа ссылок на опубликованные в нем работы), где опубликована статья, и число ссылок на нее в других журналах. Оказалось, что число публикаций быстро увеличивается в период между концом второго и началом третьего десятка и более медленно — в период, когда исследователям от 40 до 50 лет. Активно работающие профессора после 60 лет публикуют в среднем по три статьи в год. Этот показатель у ученых в возрасте 30 лет немного не «дотягивает» до двух. Средний импакт-фактор журналов, где публикуются статьи, падает параллельно с увеличением «производительности» ученого, однако возрастает у профессоров старшего возраста. При этом число ссылок на статьи того или иного автора остается постоянным на протяжении его карьеры.

Авторы исследования признают, что на результаты могли оказать влияние, например, факторы времени: профессора, которые начинали свою карьеру в 1970-х годах находились в иных условиях по сравнению с теми, кто начал свою научную деятельность в 2000-х. Тем не менее, они уверены, что их работа доказала: возраст не является единственным фактором, влияющим на научную «производительность».

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

### А не будете пропускать, и током бить будем

Крупнейшая скоромощная компания штата Оклахома впервые в США оснастит все свои машины сиренами, испускающими новый осязаемый сигнал. Пока компания оснастила устройством лишь 1 «скорую», однако планирует в течение полугода поставить гудки на весь парк из 77 машин. Поводом для этой инициативы стало то, что в текущем году в аварии попало 16 автомобилей компании. Сирена под названием «Howler» (буквально «ревун») издает низкочастотные сигналы, ощутимые на расстоянии около 70 метров. Экспериментально доказано, что этого достаточно, чтобы предупредить о приближении «скорой» тех водителей, которые не могут услышать сигнал из-за использования мобильных гарнитур и автомобильных аудиосистем.

Источник: http://medportal.ru

## ПРОТОКОЛ ПЛЕНАРНОГО ЗАСЕДАНИЯ МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ от 26.03.2008

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

1. Акад. РАМН В.А. Насонова, д.м.н. Б.С. Белов (ГУ Институт ревматологии РАМН)

### Проблема острой ревматической лихорадки в XXI веке

Появление интереса к проблеме ревматизма и развитие направления произошли благодаря Н.А. Семашко — Россия вступила в члены международного ревматического общества. В 1928 г. в России М.П. Кончаловским был основан антивревматический комитет, который вскоре стал членом международного общества. Ревматизм — широкое понятие, которое охватывает многих больных. Сейчас это одно заболевание. А привлечение внимания к проблеме обусловлено ростом заболевания. А.И. Нестеров — основатель института ревматизма, сети противоревматических учреждений. Я работаю в институте ревматологии с 1958 г. А к 1959 г. в стране было 3000 антивревматических отделений, кабинетов, центров, которые возглавили борьбу с ревматической лихорадкой. К 1970 г. в СССР было значительно снижено число больных ревматизмом во всех формах. Но количество пороков сердца осталось высоким. В 70—80-х годах стало понятно, что дальнейшее снижение ревматизма невозможно, так как идет громадная гипердиагностика. В 70-х годах стали разбираться с этой кашей, основная задача была — претворение развития, профилактика.

Тогда мы получили ответы на важнейшие вопросы: что такое ревматическая лихорадка? Так было проведено исследование 300 больных солдат с острым ревматизмом после стрептококкового фарингита: красные увеличенные коленные суставы, они вставали быстро на ноги. Многие обучающиеся врачи смогли ознакомиться с клиникой болезни у нас в институте в это время. Потом появилась классификация ревматической лихорадки. Постепенно ситуация стала нормальной. Когда институту исполнилось 40 лет, мы пригласили В.Д. Беленкова, чтобы он прочитал лекцию, в которой была проанализирована заболеваемость с 1891 до 1989 года. В XX веке было 3 вспышки ревматизма. Повторение ситуации со вспышкой стрептококковой инфекции должно повториться в XXI веке. Между 2005 и 2015 годами возможно появление вспышки ревматической лихорадки. Сейчас известны не только стрептококковые артриты, но и стрептококковый септический шок. Мы держим руку на пульсе той кривой, которую предоставил В.Д. Беленков. Сегодня ревматизм — редкость. Но в благополучных странах регулярно возникают вспышки стрептококковых инфекций.

На сегодняшний день выделяют острую ревматическую лихорадку и хроническую ревматическую болезнь сердца. Острая ревматическая лихорадка имеет в определении важную часть — постинфекционное осложнение ангины или фарингита. Это одна из немногих инфекций, которую можно предупредить. Также важна своевременная диагностика и лечение ангины и фарингита. Еще одно новшество в определении — аутоиммунный ответ организма на антигены стрептококка перекрестной реактивностью со схожими аутоантигенами собственного организма.

Хроническая ревматическая болезнь — поражение сердечных клапанов в виде краевого стеноза или порока сердца. За последние 6 лет ситуация нейтральная (в 2006 году — новые случаи — 2,9 тысячи). Среди детей сейчас все благополучно. Но у подростков — рост в 3 раза хронической ревматической болезни за последние 6 лет. У взрослых также идет нарастание заболеваемости хронической ревматической болезнью. За последние годы вспышка болезни отмечалась в республиках Северного Кавказа. Маловероятно, что угроза острой ревматической лихорадки снизится в ближайшие десятилетия. Так в США в 85—87 гг. была эпидемия острой ревматической лихорадки в 24 штатах — заболеваемость увеличилась в 5—12 раз. Уроки вспышек следующие: сведения о стрептококках на сегодняшний день недостаточны. В 1998 г. при повторной вспышке в Солтлейк Сити были выявлены особые вирулентные штаммы с массивной гиалуроновой капсулой. Исследование Е.Л. Каплапа показало высеваемость стрептококков: в сентябре — 26%, в январе — 82%. Были определены ревматогенные штаммы А-стрептококков (например, обладающие тропностью к носоглотке, большой гиалуроновой капсулой, индуцирующие типоспецифические антитела, обладающие высокой контагиозностью, наличием перекрестно реагирующих эпитопов и др.).

Второй урок вспышек — поздняя диагностика заболевания. Молодые врачи никогда не видели острую ревматическую лихорадку. Выставлялись самые разные диагнозы: артрит, растяжение связок и др.

Третий урок — предшествовала инфекция глотки бета-гемолитическим стрептококком, которая часто протекала со слабой клинической симптоматикой или отсутствием симптоматики. В исследовании у более чем половины больных с острой ревматической лихорадкой в США до болезни присутствовали симптомы инфекции горла. Антибиотикотерапия назначалась у менее чем 30% заболевших, как правило, феноксиметилпенициллином, но значительно менее 10 дней. Был поставлен вопрос: а может быть, нужно лечить ангину внутримышечным введением бензилпенициллина?

Четвертый урок — преимущественно поражались дети из семей, принадлежащих к среднему классу. Однако в некото-

## ПРОТОКОЛЫ МГНОТ

рых штатах высокий процент заболеваемости был среди бедных слоев населения.

Пятый урок — симптоматика острой ревматической лихорадки не изменилась.

Шестой урок — ЭХО-КГ является ценным методом выявления кардита при слабой выраженности клинической симптоматики. ЭХО-КГ предлагалось в критерии диагностики острой ревматической лихорадки.

Седьмой урок — развитие застойной сердечной недостаточности обусловлено не миокардитом, а поражением клапанного аппарата. Современная классификация отличается от предыдущих тем, что появились исходы — выздоровление (ранее считалось, что нельзя выздороветь после острой ревматической лихорадки). Нет степеней активности — очень трудно провести четкую грань между вариантами течения болезни. Нет ревматического васкулита сосудов головного мозга (это не подтверждено), как и диагноза ревматического тиреоидита, гепатита.

Появились сведения, что поражение клапанов возможно и в дебюте антифосфолипидного синдрома. Критерий кардита — вальвулит. При отсутствии вальвулита ревматическая природа должна трактоваться с осторожностью (в 97% случаев артрита без поражения сердца присутствует вирусная этиология). Для суставного синдрома характерно: средний возраст, короткий латентный период, длительная персистенция синдрома, отсутствие кардита, недостаточный ответ на противовоспалительную терапию. Есть новые проявления: постстрептококковый артрит. Синдром PANDAS — детское аутоиммунное нейропсихиатрическое заболевание, ассоциированное с А-стрептококковой



инфекцией: имеются обсессивно-компульсионные расстройства, препубертатный возраст, острое начало и приступообразное течение, связь с стрептококковой инфекцией глотки, неврологические отклонения. При адекватной антимикробной терапии имеет место быстрое регрессирование симптоматики.

Доказательства предшествующей стрептококковой инфекции следующие: положительная культура может быть и при носительстве, негативная культура не исключает наличие активного процесса, определение нескольких типов антител — при позднем кардите и хороших титрах могут быть нормальными. Повышение уровня антител наблюдается после глоточных инфекций групп С и G, не имеющих отношения к острой ревматической лихорадке.

С.П. Боткин использовал салициловую кислоту — и демонстрировал пациента на заседаниях. Терапия острой ревматической лихорадки: антимикробная, противовоспалительная, симптоматическая, реабилитация. Основной компонент профилактики: антибактериальная терапия. Мы регулярно публикуем методические рекомендации по антибактериальной терапии стрептококковых фарингитов. Универсальной терапевтической эрадикационной схемы в мире нет. Нельзя использовать доксициклин, бисептол. Ранние фторхинолоны не показаны из-за низкой природной активности. В отношении бициллино-профилактики имеются следующие сведения: отечественный бициллин-5 в сравнительном исследовании с экстенциллином показал короткое антистрептококковое действие (нулевая концентрация после 21 дня). Вторичная профилактика устанавливается индивидуально, в зависимости от риска повторных атак острой ревматической лихорадки (возраст, анамнез болезни, время от первой атаки, скученность в семье, статус семейный и др.). В среднем длительность профилактики без кардита — 5 лет, излеченный кардит без порока — профилактика в течение 10 лет, при наличии порока (в т. ч. оперированного) — пожизненная профилактика. Изучается возможность использования А-стрептококковой вакцины. Победили ли мы ревматизм? Ответ один: «И вечный бой, покой нам только снится...»

### Вопросы к докладчику:

Вопрос: Какая вероятность и основания для прогноза развития вспышки ревматической лихорадки до 2015 года?

Ответ: Это биологический закон развития ревматической лихорадки. Возможно, что появятся другие штаммы стрептококка с другой симптоматикой.

Вопрос: Как Вы относитесь к порокам сердца у пожилых?

Ответ: Ретроспективно определить причины поражения клапана бывает очень сложно. При митральном повреждении краевое повреждение створок (симптом поражения при острой ревматической лихорадке) бывает сложно выявить.



Начало на стр. 8

**Комментарий П.А. Воробьева:** В диссертации С.Г. Горюховой показано, что большинство митральных пороков у пожилых имеет ревматический, воспалительный генез, но не дегенеративный. Чаще всего — ревматизм старый, перенесенный много лет назад.

**Вопрос:** Возбудитель нефрита, кардита, артрита разный?  
**Ответ:** Возбудитель один, но штаммы бывают разные. Но при острой ревматической лихорадке один штамм вызывает всю патологию.

**Вопрос:** Что представляет собой вакцина, и какая ее целевая группа?

**Ответ:** Это вакцина с заложенным и наиболее часто встречаемыми штаммами — 26 типов. Ее нужно применять, возможно, у пациентов со специфическим антигеном, который сейчас выявлен.

**Вопрос:** Оправдано ли использование поздних фторхинолонов?

**Ответ:** Это возможно, но лучше использовать пенициллины. К тому же, фторхинолоны противопоказаны у лиц моложе 18 лет. Сегодня в мире нет значимых устойчивых штаммов стрептококка к пенициллинам и макролидам. Нам нельзя потерять макролиды и пенициллины как антиревматические препараты.

**Вопрос:** Стрептококк выделяется из горла изолированно или в ассоциации?

**Ответ:** Изолированно. Симбиоза не описано. Но есть другая сторона вопроса — в полости рта есть зелениющий стрептококк, он антагонист В-гемолитических стрептококков.

**Вопрос:** Сопутствует ли стрептококковой инфекции иммунодефицит?

**Ответ:** Иногда иммунная недостаточность выявляется, но четкой связи нет.

**Вопрос:** Выявление зелениющего стрептококка подтверждает отсутствие В-гемолитического стрептококка?

**Ответ:** Нет, это не является подтверждением.

**Вопрос:** Если ли особенности забора культуры из горла?

**Ответ:** Нет особенностей, но полоскание и питье уменьшают вероятность выделения. Но необходимо подтверждать культуру серологически.

**Вопрос:** Используется ли ЭКГ для диагностики острой ревматической лихорадки и поражения сердца?

**Ответ:** Если поражение идет по типу эндокардита, то изменения на ЭКГ будут иметь место, но если нет вальвулита, диагноз ревматического кардита нужно ставить очень осторожно.

**Вопрос:** Как быть с пациентами с постстрептококковым артритом?

**Ответ:** Все такие пациенты рассматриваются, как пациенты с острой ревматической лихорадкой. Но через 3–5 лет мы ставим вопрос о возможном пересмотре диагноза.

**Комментарий В.А. Насоновой:** Сегодня ревматическая лихорадка протекает преимущественно с вальвулитом. Мы начинаем обсуждать, что основой поражения тканей является молекулярная мимикрия. Возможно, структура стрептококка меняется, и они более тропны к клапанам, чем к миокарду. Это интересная, но пока только гипотеза.

**Вопрос:** Используется ли плазмаферез при острой ревматической лихорадке? А как обстоит дело с использованием стероидных гормонов?

**Ответ:** Циркулирующие иммунные комплексы имеют значение, но до конца их роль четко не определена, поэтому и роль плазмафереза не определена. По поводу гормонов: особенно хорошо на кортикостероидах поправляются дети.

**Выступление:** Ревматические находки у пожилых хоть и редки, но имеют место. В том числе встречаются и пациенты с выраженной клинической симптоматикой острой ревматической лихорадки. Ревматических поражений сосудов головного мозга не бывает, но встречается тромбоэмболия сосудов головного мозга у пациентов с поражениями клапанов, нарушениями ритма. Встречается сочетание ревматического порока сердца и бактериального эндокардита.

**Выступление П.А. Воробьева:** В.А. Насонова рассказывала сегодня не про опасность ревматизма, а про угрозы инфекции. Впечатление, что санитарно-эпидемиологическая служба прекратила свою работу. В этом году фантастическая вспышка микоплазменной инфекции в Москве, но хоть кто-то об этом говорит? До 30% пневмоний в этом году — атипичные. Кто об этом должен говорить? Если стрептококк до нас доберется, мы все выйдем: врачи не ставят диаг-

ноз, не умеют лечить. Это будет катастрофа. Такой вывод можно сделать из доклада.

**Выступление:** В начале формирования вальвулита ЭХО-КГ не даст никаких данных. А когда порок почти сформировался, тогда ЭХО-КГ является точным подтверждающим методом. Появляется новая цифровая техника, но все постепенно разучаются «слушать». Эпидемия стрептококка придет. И мы увидим ее в 2 местах: в детском саду и на флоте. На флоте развивается микробиологический сдвиг — это провоцируется теснотой. Если их разобщить — ничего не будет. Если уходит в плавание подлодка — первые 10 дней все болеют — с новыми людьми приходит новая инфекция. 100% молодых призывников переболевают инфекциями верхних дыхательных путей. У части из них развиваются артриты.

**Выступление В.А. Насоновой:** Дело в том, что есть целый ряд возрастных закономерностей реакции организма на инфекции. Ветрянка — это детская инфекция. Индийцы проанализировали огромное число больных с ревматической лихорадкой и высеванием стрептококка. Оказалось, что настоящим стрептококком болеют лица до 18 лет. Поэтому у них теперь обязательно бициллино-профилактика до 18 лет. У взрослых ревматогеенный штамм исчезает. Нужно изучать ревматическую инфекцию в возрастном аспекте. Исследование на солдатах было удивительным: болеют 20 человек ангиной — через 2 недели пять лежит с артритом. Я согласна с П.А. Воробьевым, что профилактическое направление в нашей стране практически исчезло. Нужно развивать идею о первичности профилактики.

**Комментарий А.И. Воробьева:** Настоящий миокардит в 50-е годы был на самом деле, и мы его видели под микроскопом.

**Выступление Б.С. Белова:** Мы против первичного формирования митральной регургитации у пациентов с острой инфекцией после 50 лет. Мы не отрицаем возможность развития вторичного инфекционного эндокардита на фоне ревматического поражения клапанов.

**Заключение председателя:** Это все трудно слушать, так как часть моей работы прошла в области ревматизма. Я из клиники, где было очень много пациентов — железнодорожников. Мы работали в стабильном контингенте — и эти больные болели семьями. В обычной поликлинике это не звучит, потому что семью там не видят. Инфекции никуда не уходят. Микроб продлевает серьезную эволюцию. Когда будет новая эпидемия, мы не знаем. В годы моей молодости была очень высокая смертность от скарлатины. Но потом смертность снизилась критически — инфекция ушла. В те времена была фульминантная форма скарлатины. Возможная грядущая эпидемия стрептококка может быть уже другой, штаммы меняются. Мне было удивительно услышать, что миокардит не встречается. Ревматизм может прийти к новой форме. Когда я работал в роддоме, больных с пороками сердца не выписывали до 9 дня — при выписке домой сразу начиналась атака ревматизма. Мы тогда все фиксировали на фонокардиограмме. Мы тогда зафиксировали недостаточность аортального. Мы наблюдали драматический эффект нестероидных противовоспалительных средств. И оставьте термин бактериальный эндокардит! Все вызываются разными микроорганизмами и лечатся по-разному, имеют разную клинику. Встречался затяжной септический эндокардит с огромной летальностью. Мы боролись годовой терапией пенициллином, высевался зелениющий стрептококк.

Мы проспали профилактическую медицину! Нам нужно отвечать. Речь идет о людях — необходима эпидемиологическая настороженность. Так, реактивность в осажденном Ленинграде менялась: у женщин не было месячных, исчезал аппендицит. Нужно в печати обо всем об этом говорить почаще.

Два слова о возрасте. Мы изучали, как диагностировать атаку у пациентов с имеющимся ревматическим пороком. Важна динамика, появление белка в моче, цилиндров, эритроцитов, любые признаки поражения сердца. В таком случае нужно сразу колоть пенициллин. Вы не можете лечить ревматизм как банальную инфекцию — 3 дня, и достаточно. Нужно активизировать работу в отношении изучения возрастных аспектов. Дети и взрослые — разные люди. Детского лимфобластного лейкоза не может быть в 30 лет, но и хронический лимфобластный лейкоз не может быть у подростка. Это не эволюция, а разные фазы жизни организма. Ревматизм — это не только антиген, но и ответ организма. Если чаще болеют дети, значит, это болезнь этого временного интервала.

## ИнтерНьюс

**Тщательно пережевывая пищу, вы снижаете риск ожирения**

Исследователи из университета в Осаке (Япония) изучили связь между скоростью потребления пищи, чувством насыщения и лишним весом. Чуть меньше половины из 3000 участников исследования рассказали, что едят обычно очень быстро. Вероятность набрать лишний вес для мужчин, привыкших быстро поглощать пищу, составляет 84% по сравнению с людьми, которые едят «с чувством, толком, расстановкой». Для женщин этот риск — в два раза больше. А у тех, кто ест быстро и не останавливается до тех пор, пока не почувствует, что насытился, риск поправиться больше чем в 3 раза! По словам профессора И. Макдональда, диетолога из университета Ноттингема, причины этого кроются в сбое сигнальной системы, которая должна предупредить организм о том, когда нужно перестать есть. Привычка есть быстро «сбивает» нормальную работу сигнальной системы. «Если вы едите быстро, желудок наполняется быстрее, чем пищеварительная система способна выработать нужный сигнал. Следовательно, желудок чаще всего перегружается», — говорит он. Профессор указывает, что привычка есть быстро может выработаться еще в детстве. Однако, по его словам, от нее можно избавиться, а нарочитое растягивание приема пищи может привести к снижению веса. «Наверное, бабушки, которые учат детей тщательно пережевывать каждый кусок, совершая по 20 жевательных движений, правы. Если есть медленно, съешь меньше», — добавил И. Макдональд. Как утверждают австралийские ученые Э. Денни-Уилсон и К. Кемпбелл, механизм, из-за которого современные люди набирают вес, еще до недавнего времени был положительным эволюционным фактором. Он давал преимущество людям, успевавшим схватить больше еды в условиях, когда ее не хватало. По их словам, детей нужно приучать есть медленно и разрешать оставлять еду в тарелке, если они чувствуют, что больше не могут. Директор лаборатории пищеварения при ливерпульском университете Д. Халфорд отмечает, что исследователи причин ожирения все больше обращают внимание на поведение людей при приеме пищи. В ходе исследования он выяснил, что препарат против ожирения — сибутрамин — замедляет темп потребления пищи пациентами. «Японские ученые показали, что различия в поведении людей при приеме пищи связаны с переизбытком и ожирением. В ходе другого исследования было обнаружено, что быстро едят и дети в раннем возрасте. Это наводит на мысль о том, что такое предрасположение может быть генетическим или же приобретенным в детстве», — сказал Д. Халфорд. Он, однако, отмечает, что ученые пока не обнаружили доказательств того, что попытки приучить детей есть медленно снижают для них риск ожирения в будущем.

**Источник:** Портал «Вечная молодость» [www.vechnayamolodost.ru](http://www.vechnayamolodost.ru) по материалам BuBuCu

**Они готовы поделиться**

Фонд Мелинды и Билла Гейтс объявил о том, что выделяет 100 млн долларов на медицинские исследования, которые будут предоставлены в течение 5 лет. Гранты от основателя компании Microsoft, более 10 лет удерживавшего первенство в списке миллиардеров по версии Forbes, получат 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»

**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



## ИнтерНьюс

### Факторы риска: лукавые цифры

У 65-летнего курильщика и его никогда не курившего ровесника примерно равные шансы умереть. 35-летний здоровый человек к 45 годам в 5 раз больше рискует умереть от несчастного случая, чем от сердечного приступа, а 35-летняя женщина в 2 раза больше рискует погибнуть в аварии, чем умереть от рака молочной железы. Новые данные о рисках охватывают большее количество показателей, чем любые из ранее опубликованных, поскольку в них рассматривались 10 разных причин смерти среди мужчин и женщин, разделенных по возрастным категориям, а также по категориям «курильщик», «некурящий», «бывший курильщик». На первый взгляд может показаться, что у курильщиков и некурящих примерно равные шансы умереть от сердечного приступа, однако 35-летние мужчины-курильщики рискуют в 7 раз больше, чем некурящие того же возраста. Показатели начинают выравниваться с возрастом, когда большинство курильщиков, не заболевших типичными болезнями, доживают до 75-летнего возраста. Профессор Л. Шварц, один из авторов исследования, считает, что обществу часто представляют специальную, «пугающую» статистику по определенным заболеваниям, не учитывающую определенных показателей, в то время как само заболевание может представлять серьезную угрозу для одних людей и ничем не угрожать другим. Еще одним преимуществом нового способа подсчета рисков доктор Шварц считает рассмотрение рисков людей с 10-летней разницей в возрасте. По словам ученого, чаще всего в факторы риска включаются средние данные, учитывающие всю продолжительность жизни. С этой точки зрения риски могут выглядеть слишком низкими или слишком высокими. Новый способ подсчета рисков позволяет оценить всю информацию и принять меры к их снижению.

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

### Не рекомендуем, а обязываем

Минздравсоцразвития утвердит единые стандарты и порядок оказания медицинской помощи. Об этом заявила журналистам директор департамента Минздравсоцразвития РФ Ольга Кривонос. «Ранее стандарты лечения больных носили рекомендательный характер, теперь они будут обязательными для исполнения», — сказала она. При этом специалист отметила, что то же самое касается и порядка оказания медицинской помощи. Стандарт лечения включает в себя необходимые медицинские манипуляции, применение конкретных лекарств, возможность оперативного вмешательства и другие методы лечения. Всего стандартов существует около 600. Порядок оказания медпомощи представляет собой определенный список: как должно быть оснащено медучреждение, машина «Скорой помощи», сколько человек должны работать в определенном отделении клиники, какое число больных может обслуживать один врач. До конца 2008 года, как надеется Ольга Кривонос, будут разработаны стандарты и порядок оказания экстренной медицинской помощи. Далее единые стандарты и порядок оказания медпомощи будут выработаны по всем службам: онкологической, неврологической, амбулаторно-поликлинической, стационарной и другим. «Наша задача — чтобы врач больше уделял внимания пациенту, а не заполнению бумаг», — отметила Ольга Кривонос. Именно на это, по ее словам, направлены изменения существующего порядка оказания помощи; постепенно улучшение качества медицинской помощи приведет к снижению смертности и заболеваемости. Оснащение медицинских учреждений в регионах будет осуществляться из федерального бюджета на условиях софинансирования 50 на 50, сказала Кривонос. «Мы будем подтягивать региональные учреждения здравоохранения до базового уровня», — сообщила она. При этом Ольга Кривонос указала, что речь не идет о закрытии каких-либо медицинских учреждений. Напротив, Минздравсоцразвития заинтересовано в более широкой сети медучреждений по стране, считает специалист. Еще одним новшеством в рамках изменения существующего порядка оказания медицинской помощи является усиление онкологического обследования. Так, теперь даже при отсутствии жалоб у пациента, но при наличии каких-либо тревожных симптомов, врач любого профиля должен направить пациента на обследование к онкологу. Данная мера, сообщила Ольга Кривонос, направлена на снижение смертности от онкологических заболеваний и на раннее выявление таких болезней.

Источник: АМИ-ТАСС

Более 1000 лет назад на Русь из Византийской империи пришло христианство, с его высокими общечеловеческими духовно-нравственными ценностями, среди которых страдание и служение ближнему. Христианство приняло дело врачевания под свое покровительство. Знаменитый исследователь русской культуры митрополит Серафим (Чича-

## Монастырская и светская медицина Древней Руси: антагонизм или сотрудничество?

О.Е. Бобров  
зав. кафедрой хирургии и сосудистой хирургии НМАПО им. П.Л. Шупика, Киев



Рис. 1. Священномученик митрополит Серафим (Чичагов)

гов) (рис. 1) писал: «Первые семена медицинской познаний внесены были в Россию из Греции с принятием христианской религии, а первыми распространителями медицины у нас были монахи, преимущественно с Афонской горы». В дошедшем до нас документе Православной греческой церкви «Правила поместного Собора» (347 г.) сказано, что — «Епископы должны помогать сиротам и вдовицам; вдовицы и нищие, и пришельцы странны и от церкви да питаются, и всякое угодие да прием-

ляют». С приходом христианства основой взаимоотношений общества и медицины стали смирение, покаяние и глубокое почитание врача. Принципы взаимоотношений церкви и медицины изложены во многих положениях Библии. Детально этот вопрос изучил епископ Тихвинский, викарий Санкт-Петербургской епархии, ректор Санкт-Петербургских Духовных Академии и Семинарии, Преосвященный Константин (Горянов) (2000). Отношение общества к врачу определено тем, что испытание болезнью ниспослано свыше и должно возбудить в человеке сознание греха. Именно это и отражено в просительных псалмах. Мольба об исцелении всегда начинается с признания греха — «Нет целого места в плоти моей от гнева Твоего; нет мира в костях моих от грехов моих. Ибо беззакония мои превысили голову мою... Смердят, гноятся раны мои от безумия моего» (Пс. 37: 4—6).

Для верующих связь Бога с врачом всегда была и остается несомненной. Христиане исцеление понимали и понимают, как знамение того, что человек прощен Богом, «...ибо Я Господь (Бог твой), целитель твой» (Исх. 15: 26). Случаи же неудачного лечения следует воспринимать, как наказание за грехи. Понятно, что это наказание исходит не от врача, а свыше. Не случайно авторитет врача в период раннего христианства был чрезвычайно высок. В Новом Завете апостол Павел называет Луку «врачом возлюбленным» (Кол. 4: 14).

Настоящий гимн медицине содержит 38 глава Книги Премудрости Иисуса, сына Сирахова. «Почи-

ням знание, чтобы прославляли Его в чудных делах Его: ими он врачует человека и уничтожает болезнь его. Приготавливающий лекарства делает из них смесь, и занятия его не оканчиваются, и через него бывает благо на лице земли. Сын мой! В болезни твоей не будь небрежен, но молись Господу, и Он исцелит тебя. Оставь греховную жизнь, и исправь руки твои, и от всякого греха очисти сердце. Вознеси благоухание и из семидала памятную жертву, и сделай приношение тучное, как бы уже умирающий. И дай место врачу, ибо и его создал Господь, и да не удалится он от тебя, ибо он нужен. В иное время и в их руках бывает успех. Ибо и они молятся Господу, чтобы Он помог им подать больному облегчение и исцеление к продолжению жизни» (Сир. 38: 1—14).

А уже следующий 15 стих гласит — «Но кто согрешает пред Сотворившим его, да впадет в руки врача!», — это значит, пусть заболит. В еврейском тексте этот раздел читается еще конкретней. «Кто грешит против Создателя своего, будет надмеваться и над врачом», т. е. грех против врача приравнивался к греху против Всевышнего.

Церковный устав Св. Владимира (996 г.) объявил больницы церковными учреждениями, а «лечцов» (врачей) — людьми церковными, подведомственными епископу. Этот документ регламентировал устройство и работу благотворительных и медицинских учреждений Руси вплоть до XVIII века. В Уставе определялся и источник финансирования — «десятина», которая шла на содержание монастырей и церквей, богаделен, больниц, странноприимных домов. Десятину составляли налоги: от ссудных дел, от торговли, от урожая и т. д. В «Изборниках» Святослава 1073 и 1076 гг., компилированных для черниговского князя Святослава Ярославовича с «Изборника» болгарского царя Симеона (X век), наряду с рекомендациями по лечению говорилось и о вознаграждении врачу — «...лице лечец прилучити, привести его к больному и уплатить за его труд». Это был период расцвета древнерусской монастырской медицины, а центром ее был Киев.



Рис. 2. Преподобный Антоний Печерский

После принятия Русью христианства волхвы, как хранители старинных традиций племенно-родовой медицины, стали подвергаться гонениям вначале со стороны церкви, а затем, поскольку они нередко выступали в роли руководителей народных восстаний, — и преследованиям со стороны великокняжеской власти. Так, уже в Уставе князя Владимира волхование и зелейничество считались преступлением против веры и карались. В 1021 году в Суздале по приказу князя Ярослава было казнено несколько волхвов, а в 1227 году в Новгороде, на Ярославовом дворце публично сожжены 4 волхва.

Единые религиозные взгляды, строгая церковная иерархия привели и к единым взглядам на используемые способы лечения. Основой для этого

стали книги — «лечебники» (ну чем не современные Стандарты?), попавшие в монастыри из Византии. Монахи переводили их на русский язык. Свидетельством творческой компиляции работ врачей минувших эпох является анализ содержания книг из библиотеки Кирилло-Белозерского монастыря (Л.Е. Горелова, 1999). Так, среди книг, написанных Св. Кириллом, находится труд, многие разделы которого явно заимствованы из сочинений древнеримского врача Галена. «Стало быть, — отмечает митрополит Серафим (Чичагов), — Кириллу не чужды были сочинения древних о законах естества, и он пользовался ими в дебрях севера для того, чтобы разгонять предрассудки народные и объяснять явления природы естественным образом».

Большую роль в развитии монастырской медицины сыграл Киево-Печерский монастырь (XI век). Иноки монастыря пришли с Афонской горы, где при монастыре Св. Афанасием была устроена «больница больных ради», и принесли с собой врачебные знания. Печерский Патерик донес до нас имена подвижников монастыря. Глава 8 Патерика содержит сведения «О житии святого преподобного отца нашего Феодосия, игумена Печерского», а глава 27 — «О святом и блаженном Агапите, безмездном враче». Навечно прославили монастырь «даром



Рис. 3. Свято-Успенская Киево-Печерская лавра

тай врача честию по надобности в нем; ибо Господь создал его, и от Вышнего врачевание, и от царя получает он дар. Знание врача возвысит его голову, и между вельможами он будет в почете. Господь создал из земли врачевства, и благоразумный человек не будет пренебрегать ими... Для того Он (Бог) и дал лю-

Продолжение на стр. 11



Начало на стр. 10

исцеления и врачевания больных» Антоний Преподобный, Домиан, св. Аппий, Вирменин, Агапит Печерский и Пимен Постник.

«Пречудный врач Антоний» — основатель Киево-Печерского монастыря, лично ухаживал за больными, давал им «вкусать исцелявшее их зелье» (рис. 2). Бескорыстным служением ближнему преподобный Антоний снискал любовь как простых людей, так и князей. После того, как Антоний излечил Великого князя киевского Изяслава, последний подарил обители гору над пещерами, а «...игумен же и братия заложили церковь велику и монастырь... И оттоле нача зваться Печерский монастырь...» — отмечал летописец (рис. 3).

Одним из самых знаменитых врачей того времени был монах Киево-Печерской лавры — Агапит (рис. 4). Неизвестны дата его рождения, факты светской (домонашеской) жизни. В монастырь он пришел при Антонии и развернул широкую врачебную деятельность (А.А. Грандо, 2000). Преподобный Агапит, прозванный «врачом безмездным» (денег за лечение он не брал), лечил и монастырскую братию, и мирян, которые обращались к нему за помощью. Он был очень популярен среди всех слоев населения древнего Киева. Свое прозвище Агапит получил после того, как раздал нищим «щедрые дары» Черниговского князя Владимира Мономаха (рис. 5). Из летописи известно, что когда Владимир заболел, то к нему созвали не только местных врачей, но и всех известных врачей-иностранных, живших в Русском государстве, однако, «...несмотря на их старания, болезнь усилилась».

Тогда обратились в Печерский монастырь к преподобному Агапиту. Тот послал князю лечебный отвар. В скором времени Владимир Мономах совершенно поправился. Поступок Агапита с дарами так потряс князя, что главным делом его жизни после выздоровления стала благотворительность. Древние предания сохранили для потомков основную заповедь Мономаха — «Странние и нищие накормляй и напояй, аки мати дети своя». Своим детям он завещал — «Избавите обидимаго, защитите сироту, оправдайте вдовицу» (рис. 6). И дети свято выполнили наказ отца.



Рис. 5. Князь Владимир Всеволодович (Мономах)

Внук Владимира Мономаха Великий князь Ростислав Мстиславович после смерти своего дяди Великого князя Вячеслава Владимировича (1154 г.) все его имущество и казну раздал монастырям, церквям, бедным, вдовам и странникам. Его сын — князь Роман Ростиславович всю жизнь занимался благотворительностью, раздал всю свою казну, не оставив себе даже на погребение. Хоронили князя на народные пожертвования. Отношение народа к князю характеризует то, что за один день была собрана такая сумма, которая превосходила доход князя за целый год.

Однако не все было таким восторженно безоблачным. Люди грешны и редко прощают другим успехи. История донесла до нас, что популярность Агапита вызвала зависть у коллег, и, прежде всего у Вирменина, который до Агапита безуспешно лечил Владимира Мономаха. Вирменин пытался даже отравить Агапита, но яд не подействовал. Вот и не верь после этого пословице, что — «...человек человеку — волк, а врач врачу — волчище». Так или иначе, оба врача-монаха вошли в историю. Один, как олицетворение бескорыстия и гуманизма, другой, как завистник, покушавшийся на более удачливого коллегу.

Врачебная деятельность Агапита нашла отображение в гравюрах XVII—XVIII вв. Первый иконографический портрет знаменитого врача-лечебника был напечатан в «Патерике» (1661). Сохранились и его изображения в росписях лаврских храмов.

Умер Агапит в октябре 1095 года и был похоронен в Ближних пещерах Киево-Печерской лавры. В 1986 г. московский судмедэксперт С.А. Никитин воссоздал скульптурный портрет Агапита, изобразив его с пучком целебных трав в руках. Ученые провели детальное исследование мумифицированных останков Агапита. Было установлено, что рост Агапита был 166 см, а возраст, в котором он умер, — приблизительно 60 лет. Биохимические исследования показали, что в мощах Агапита не содержится никаких дубильных и бальзамизирующих веществ, т. е. процесс мумификации останков протекал естественным путем (А.А. Грандо, 2000).

Больницы на Руси открывались и при других монастырях. Так, Никоновская летопись свидетельствует, что в XI веке (1091 г.) митрополит Ефрем поставил в Переяславле

строение «банное», устроил больницы, где врачи подавали «всем приходившим безвозмездно врачевание». Князь Черниговский Николай Давыдович, прозванный Святошей (XII век), построил больничный монастырь в Киеве. Больницы были открыты при монастырях в Переяславле на Днепре, Киево-Печерской лавре, позднее — в Новгороде, Смоленске, Львове и других городах. Монастырские больницы превращались в госпитали во время военных действий, при осадах городов, в карантинные больницы — при эпидемиях. Фактически на Руси не было ни одного монастыря без «госпитальных палат», а для оказания «скорейшей помощи страждущим... врач всегда должен был находиться в недужном месте», т. е. находиться в монастыре безотлучно. На него возлагались обязанности лечить не только живущих в монастыре, но и приходивших молиться, которых — «...в случае нужды помещать в недужном храме». Это привело к тому, что до XVI века в России медицинскую деятельность в «общегосударственном масштабе» осуществляли, главным образом, представители монастырской медицины.



Рис. 4. Преподобный Агапит Печерский «врач безмездный»

Интерес представляет изучение причин запрета монастырским врачам принимать подарки, непосредственно от больных. Наши предки были далеки от борьбы с «нетрудовыми» доходами и с, так называемой ныне, коррупцией в медицине. Причины запрета намного прозаичнее. В монастырском уставе «Око церковное» говорилось, что — «...врачи должны остерегаться подарков от больных или пользоваться вещами умерших «черной смертью»... аще бо кто что возьмет, в тот же час неисцелимо умираху». Отсюда видно, что население Древней Руси имело ясное представление об опасности эпидемических болезней. Так что борьба с подарками была вызвана необходимостью противоэпидемических мероприятий и более ничем.

Вместе с тем церковной монополии на медицинскую помощь на Руси никогда не было. Мудрость предков позволяла развиваться и частной — светской, мирской медицине. Светские лекари в основном тоже были выходцами из Византии, хотя были и доморожденные эскулапы. Большой популярностью пользовались Феофил Нонн, Симеон Сыч и другие. В посольстве Святого Владимира находился врач Иоанн Смера.

Были и женщины-целительницы — дочь бортника Феврония, дочь черниговского князя Ефросинья, внучка Владимира Мономаха Евпраксия — фельдшер, акушерка, а «по совместительству» и жена византийского императора. Евпраксия — урожденная княжна Добродей, дочь великого князя Мстислава Владимировича, после выхода замуж за византийского императора Алексея Комнина получила имя Зоя. В 1902 г. в библиотеке Лоренцо Медичи во Флоренции ученый Х. Лопарев обнаружил рукопись «Алимма» (Мазь), написанную Евпраксией на греческом языке в 30-х годах XII столетия (В. Чупринин, 1996).

В документах, связанных с расторжением брака Василия III с Соломонией Сабуровой (1525 г.), упоминаются «чародейцы» русского происхождения, осматривавшие великую княгиню с целью излечения ее от бесплодия и дававшие ей лекарственные мази.

Одновременное функционирование монастырской и мирской систем оказания медицинской помощи свидетельствует о том, что подданные древней Руси уже в то время



Рис. 6. Смерть Владимира Мономаха (В. Муйжель)

имели право выбора врача, причем «Русская правда», что весьма знаменательно, отмечает право «мирских лечцов» требовать плату за свою работу.

Трудно сейчас говорить достаточно доказательно об отношениях монастырской медицины и светской. Но факты свидетельствуют: несмотря на отдельные случаи антагонизма, это все-таки была единая система медицинских знаний и медицинской помощи, ветви которой терпимо относились друг к другу. Система была объединена единой христианской религией, которая на многие века и определила гуманистический принцип славянской медицины, а именно — служением ближнему. Терпимым было и отношение населения к неудачному врачеванию. В дошедших до нас летописях времен Киевской Руси нет описаний расправы над врачами.

## ИнтерНьюс

Их парамедики станут еще умней

Студенты из Больницы Сент-Джордж и университетов Лондона и Кингстона использовали сетевой проект Second Life — трехмерный виртуальный мир, где участники сами разрабатывают свои сценарии для имитации реальных ситуаций, в которых людям требуется помощь парамедиков. Пока разработано пять сценариев, включающих подозрение на острый инфаркт и дифференциальную диагностику алкогольного опьянения и развивающейся диабетической комы. Каждую неделю студенты-участники получают по электронной почте ссылку на эпизод в Second Life, где требуется парамедицинская помощь. Работая в бригаде, они могут оценить состояние виртуального пострадавшего, измерив его пульс и давление, сняв ЭКГ и сделав экспресс-анализы крови и другие тесты, имеющиеся в арсенале парамедиков. После этого они оказывают помощь на месте (в виртуальной «скорой» имеются перевязочные материалы, лекарства и кислородная маска) и доставляют пациента в больницу, заполнив сопроводительную документацию, которая автоматически отправляется по электронной почте на оценку реальному куратору. По словам преподавателя Ахмеда Юниса, 90% студентов, работавших с тренажером, признали его весьма полезным для обучения и реальной практики. К тому же обучение в трехмерном симуляторе гораздо интереснее и доходчивее, чем чтение руководств. Как сообщила менеджер электронных проектов Больницы Сент-Джордж Эмили Конради, планируется создание аналогичных виртуальных тренажеров для акушеров, физиотерапевтов и других медицинских специалистов.

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

Врачи будут оказывать помощь только при наличии допуска

К 2010 году Минздравсоцразвития РФ разработает новую систему допуска специалистов к оказанию медицинской помощи. Об этом сообщила журналистам заместитель министра здравоохранения и социального развития РФ Вероника Скворцова. «Мы хотим внедрить систему лицензирования не учреждений, а специалистов, которые оказывают медицинскую помощь», — сказала она. Действующая сейчас сертификация должна сопровождаться групповой лицензией конкретных видов медицинской деятельности. Предполагается, что новая система допуска врачей к определенным видам медицинской деятельности будет давать право врачу заниматься только одним конкретным видом работы. То есть начинающий хирург получит разрешение проводить самые простые операции, а чтобы перейти к более сложным, он должен будет пройти обучение и получить соответствующее разрешение.

Источник: GZT.ru

Кровавый сайт

Министерство здравоохранения и социального развития заявило о создании нового интернет-портала для доноров крови. Сайт YaDonor.ru призван стать источником информации о состоянии и развитии Службы крови и проблемах донорства в России. Он предоставляет посетителям информацию о нормативно-правовой базе донорства, можно узнать адреса пунктов Службы крови, ознакомиться с рекомендациями по подготовке к сдаче крови, с возможными противопоказаниями к донорству. На сайте есть лента новостей и видеоархив. Отдельный раздел посвящен пациентам, спасенным благодаря помощи доноров. Еще один важный блок — карта донорства в России, отображающая количество доноров на тысячу жителей в каждом регионе страны. Посетители сайта YaDonor.ru могут подать заявку на участие в программе развития Службы крови и отправить письмо с предложениями в адрес оргкомитета. На сайте указан телефон единой горячей линии по вопросам донорства крови и ее компонентов, которая работает круглосуточно, звонок — бесплатный для всех регионов России.

Источник: MedPortal



## 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)	<b>1. Фибрилляция предсердий (мерцательная аритмия) — новые представления о механизмах и подходах к радикальному лечению.</b> 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. <b>2. Демонстрация больных после интервенционного и хирургического лечения ФП.</b>
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». <b>1. Отечный синдром: клиничко-патогенетические варианты, лечение.</b> В докладе будут освещены современные представления о патогенезе отека при различных заболеваниях терапевтического профиля. Обсуждаются современные методы диагностики ранних стадий этого синдрома. Представлены возможности адекватного лечения.
<b>Секционные заседания</b>	
<b>Секция лечебного питания</b> 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.
<b>Секция клинической фармакологии</b> 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. Рошина	<b>1. Хроническая обструктивная болезнь легких. Терапевтические аспекты.</b>
<b>Секция клинической геронтологии и гериатрии</b> 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.	<b>1. Безболевая и болевая ишемия миокарда у пожилых больных сахарным диабетом 2-го типа. Вопросы диагностики и терапии.</b>
<b>Секция ревматологии</b> 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	<b>1. Лихорадка неясного генеза и рецидивирующий лихорадочный синдром в практике педиатра и ревматолога.</b> <b>2. Сравнение тройной комбинированной терапии с монотерапией метотрексатом у больных ревматоидным артритом.</b>
13 января 2009 года, вторник в 16.00 1. Д.м.н. Л.Н. Денисов 2. Д.м.н. В.Г. Барскова	<b>1. Диетическая терапия ревматических заболеваний.</b> <b>2. Новое в диете при подагре (урисан).</b>
<b>Секция электрокардиографии и других инструментальных методов исследования сердечно-сосудистой системы</b> 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	<b>1. Актуальные проблемы анализа ФВД.</b>
<b>Секция нефрологии и иммунопатологии</b> 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 ясной 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](mailto:mtpndm@dol.ru)  
Подробности на сайтах [www.zdrav.net](http://www.zdrav.net) и [www.zdravkniga.net](http://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., Годин 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., Нонинов В.Е., Палеев Н.Р., Пальцев М.А., Парфенов В.А., Погожева А.В., Покровский А.В., Покровский В.И., Потехин Н.П., Раков А.Л., Савенков М.П., Савченко В.Г., Сандриков В.А., Симоненко В.Б., Синопальников А.И., Смоленский В.С., Сыркин А.Л., Тюрин В.П., Хазанов А.И., Цурко В.В., Чазов Е.И., Чучалин А.Г., Шлептор А.В., Ющук Н.Д., Яковлев В.Б.

Газета распространяется среди членов Московского городского научного общества терапевтов бесплатно

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

Телефон 8-499-782-31-09, e-mail: [mtpndm@dol.ru](mailto:mtpndm@dol.ru) [www.zdrav.net](http://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 