



ПРЯМАЯ РЕЧЬ

Врач чаще всего не задумается, ставя диагноз — а как он это делает. Вместе с тем точность определения болезни опытным клиницистом, точность прогноза последующего течения заболевания впечатляет пациентов. Известны врачи, ставящие диагноз за то время, пока пациент проходит расстояние от двери до рабочего стола терапевта. Но известны и другие врачи, тратящие часы и дни на постановку диагноза, тщательно перебирающие, оценивающие, взвешивающие признаки заболевания. Впрочем, чаще всего речь идет о разных диагнозах: одни «написаны на лице», другие требуют проникновения глубоко в организм пациента, его клетки и молекулы. Так что не следует противопоставлять одних диагностов другим — они обычно заняты разным делом.

Если к вам на прием приходит сухощавый немолодой человек с красным лицом и видимыми прожилками сосудов на лице, вам остается определить — он алкоголик или болен эритремией (хотя может быть и гипертоник, но сомнительно). Эти две гипотезы созревают сразу, а потом к ним добавляются результаты опроса, измерения АД, осмотра кожи и прощупывания печени. Диагностическая гипотеза подтверждается общим анализом крови и, при необходимости, — морфологическим исследованием препарата костного мозга. Но ведь очевидно, что на первом этапе и на втором использовались разные механизмы постановки диагноза. Вначале врач не перебирал никаких сведений о пациенте, он посмотрел на него и... «догадался». Не кидайтесь, пожалуйста, тухлыми яйцами и помидорами в автора — мы чаще всего именно догадываемся о диагнозе, а не ставим его на основе точных результатов, полученных в ходе диагностических процедур и манипуляций.

Обычно слово «пропедевтика» ассоциируется со словом диагностика. Более того, в разговорной речи нередко употребляем мы сочетание — «пропедевтические методы», «пропедевтические процедуры», подразумевая под этим именно диагностические методики. Ассоциация эта абсолютно неверна: пропедевтика — это введение в специальность, а диагностика — это методология постановки диагноза. Именно этот вопрос — как ставится диагноз — и является предметом статьи.

Итак, что такое «догадался». Врача озарило? — оказывается, именно так и есть. Озарение это носит название «эвристических» методов принятия решений, от того самого восклицания «Эврика!» с которым один всем известный древний грек выскочил из ванны. Эвристика (от греч. «heurisko» — отыскиваю, открываю) — это приемы решения нестандартных задач в условиях высокой степени неопределенности, которые обычно противопоставляются формальным методам решения, опирающимся на более или менее точные алгоритмы и модели. В психологической и кибернетической литературе эвристические методы нередко понимаются как любые методы, направленные на сокращение перебора, или как индуктивные методы решения задач. Почему индуктивные?

Да потому, что обнаруженный, иногда незначительный, факт, как катушка индуктивности запускает действие огромной, несоизмеримой с первичным индуктором величины с существенными результатами.

Следующим этапом диагностического поиска после «озарения» является подбор аргументов, которые подтверждают озарившую врача гипотезу. Еще раз — делается это на интуитивном уровне, неосознанно, но может иметь слишком большие последствия. Врач ищет аргументы в пользу своей мысли («за»), отбрасывая все «против», как несущественное, мешающее правильно-му решению.

Вот что пишет Г.С. Альтшуллер (цитата несколько сокращена): «...эвристика за 17 веков ее существования не создала эффективных методов решения изобретательских задач... потому, что... с самого начала ставила слишком общую цель: найти универсальные правила, позволяющие решать любые творческие задачи во всех отраслях человеческой деятельности. ...Ограничиваясь рассмотрением только... универсальных (и в значительной мере внешних) признаков, трудно продвинуться дальше самых первоначальных представлений».

Итак, использование эвристического подхода в диагностике сокращает время решения задачи по сравнению с методом полного ненаправленного перебора возможных альтернатив, но получаемые решения не являются, как правило, наилучшими. Применение эвристических методов не всегда обеспечивает достижение поставленной цели. Именно здесь, по-видимому, кроется суть спора между «физиками и лириками» от медицины: наука — медицина или искусство? Если искусство, то тогда эвристические подходы в ней оправданы, поскольку требуют наименьших затрат времени,

Эвристика и построение диагностических гипотез

П. Воробьев



являясь рабочим инструментом клинического мышления, соединяющего в единый процесс мысль и действия. Если наука, то озарению места не много.

Эвристические методы наиболее перспективны в условиях часто повторяющихся ситуаций, когда врач воспроизводит модели уже виденного им ранее или модель, синтезированную им по результатам изучения литературы, при обучении. Поскольку ситуация частая, то и диагностическая гипотеза будет часто правильной. Врач прогнозирует именно ту ситуацию, которая наиболее вероятна. Например, в зимне-весенний период молодой человек, пришедший на прием с очень высокой вероятностью болен вирусной респираторной инфекцией и ему необходим больничный лист. Его даже смотреть не на-

до, особенно если обратить внимание на красный кончик носа и сморкание. Но очень редко, может быть 1 на 5—10 тыс. пациентов, к врачу с такими же жалобами придет больной острым лейкозом. И врач, используя эвристические подходы в диагностике, обязательно пропустит диагноз, что, скорее всего, закончится смертью больного. Но ведь в остальных тысячах и тысячах случаев он будет прав!

Все мы помним про дедукцию. Ее подробно и красочно описал известный всему миру врач А. Конан Дойль. Дедуктивная модель принятия решения основана на тщательном изучении деталей, особенно тех, которые не вписываются в формируемую модель. Врач, знающий, понимающий необходимость дедуктивной проверки диагностической гипотезы, становится блестящим диагностом. Понимание этого основано, и это очень печально, не на научных данных о правилах принятия решений, а на интуитив-

ных вещах, часто имеющих отношение к характерологическим особенностям врача, склонности его к тщательности и аккуратности. Этим подходам в курсе пропедевтики не учат, про них ничего врачам не говорят. Зря.

В любом случае врач формирует диагностическую гипотезу дискретно, не одновременно выстраивая окончательный диагноз. Правильно было бы формировать несколько возможных диагностических гипотез, несколько моделей пациентов, выстраивая их в последовательность: от наиболее вероятной к наименее вероятной. В этом случае врач использует навыки вероятностного прогнозирования. Например, приходит на прием 50-летняя женщина с болью в левой половине грудной клетки. Первичная диагностическая гипотеза, появившаяся еще до ее осмотра и опроса, состоит из 4 основных моделей (в порядке убывания вероятности): климактерическая кардиопатия, миозит или шейно-грудной радикулит с поражением нервных стволов, острый инфаркт миокарда, желудочно-кишечные заболевания (язва желудка, холецистит). Далее уточняем характер болевого синдрома (более точную локализацию, продолжительность и характер болей), связь появления болей с какими-либо факторами: инфекцией, физическим напряжением, определенными движениями тела или головы, эффект от применяемого самостоятельно лечения, характеристики предыдущих приступов, если они были. Конечно, в таком случае врач в первую очередь должен отвергнуть диагноз острого инфаркта миокарда как смертельно опасного заболевания, уточнив наличие стенокардии ранее, признаков сердечной недостаточности или аритмии.

Вот здесь очень важно, подчеркнем еще раз, выявлять признаки как самых частых заболеваний в первичной диагностической гипотезе, так и самых опасных, даже если они весьма редкие, по мнению врача. Но для этого врач должен знать, какие симптомы и признаки характерны для редких заболеваний. А где взять такую информацию? Ее нет в образовательных курсах как на додипломном, так и на последипломном уровне.

Итак, на первом этапе общения с пациентом, в короткие временные интервалы — по утверждениям западных специалистов в среднем за 15—20 секунд — врач формирует первичную диагностическую гипотезу. Или — модель пациента, которая вначале имеет смутные очертания. По мере появления новой информации эта модель приобретает все более четкие контуры. Некоторые диагносты советуют выделить «главную жалобу», или «главный признак», и строить диагностический алгоритм, отталкиваясь от него. Например, лихорадка — дальше все, что с ней связано. Или — боль в области сердца — и дальше по известной последовательности. Но вопрос — а как выделить «главную жалобу»? Она что, наиболее значима с точки зрения больного, как боль в пояснице? Или наиболее потенциально опасна, как боль в области сердца? Не очень ясно, хотя интуитивно главной жалобой, судя по скорости принятия диагностического решения, становится то, на что больной собственноручно пожалуется первым. И вот тут нужно не упустить «малого признака», помня, что мал золотник, да дорог. Именно малые симптомы, на которые больной не обращает внимания, могут быть ключевыми, потому, что и больного, как врача, жизнь учит выделять «главные» жалобы — вызывающие тревогу не своими проявлениями, а некими представлениями пациента. Ну, кто не знает, что боль в груди опасна? Как-то позвонил мне часа в 3 ночи приятель, который вообще-то никогда не обращается, и стал рассказывать, что голова кружится, слабость, встать трудно, в ушах шумит. Его отец перенес 2 инсульта в относительно молодом возрасте. Опасения его — очевидны, но так он мне красочно все рассказывал (нас разделяли 5 тыс. км.), что и я начал думать про гипертонический криз. Всего-то оказалось пищевое

отравление. Но про стул он не сказал, а я не спросил — мы оба думали про «главную» и опасную жалобу, и совет мой был — померить АД и выпить эналаприл.

Эмоциональная составляющая диагноза — еще одна трудность, которую надо преодолевать врачу, помня о ее существовании. От того, насколько вы хорошо или плохо относитесь к пациенту, зависит направление

...мы чаще всего именно догадываемся о диагнозе, а не ставим его на основе точных результатов, полученных в ходе диагностических процедур и манипуляций.

...по утверждениям западных специалистов в среднем за 15—20 секунд — врач формирует первичную диагностическую гипотезу.

ИнтерНьюс

Сигаретам разрешили легкость

Савеловский районный суд прекратил производство по делу по иску Роспотребнадзора к British American Tobacco (BAT). Впрочем, останавливаться на этом главный санитарный врач России Геннадий Онищенко не намерен. Как говорится в официальном сообщении ведомства, Роспотребнадзор собирается обжаловать решение Савеловского суда. Иск против BAT Роспотребнадзор направил в сентябре этого года, обвинив табачную корпорацию в обмане потребителей. Позиция истца такова: использование на пачках сигарет таких надписей, как «легкие» и «мягкие», является нарушением закона «О защите прав потребителей», поскольку вводит курящих в заблуждение по поводу вреда сигарет. Кроме того, Геннадий Онищенко ссылается на Рамочную конвенцию Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) по борьбе против табака, которая, по его мнению, также предписывает отказаться от использования слов «легкие» и «мягкие». Международный договор запрещает стимулировать продажу табачных изделий любым путем, который является ложным, вводящим в заблуждение или обманным, либо создающим неправильное впечатление о его характеристиках, воздействии на здоровье, опасностях или выделяемых продуктах, включая любой термин, описание, торговую марку, символический или любой иной знак, которые прямо или косвенно создают ложное впечатление о том, что определенное табачное изделие является менее вредным, чем другие табачные изделия. Отметим, что иск Роспотребнадзора против BAT был лишь первым шагом антитабачного движения в борьбе с крупными корпорациями. О намерении подать аналогичные иски к другим транснациональным корпорациям — производителям сигарет не раз заявлял председатель правления Международной конфедерации обществ потребителей (КонфОП) Дмитрий Янин. Однако, вполне возможно, иски КонфОП постигнет та же судьба, что и тяжбу Роспотребнадзора с BAT. Дело в том, что забота о здоровье потребителей — не основной мотив, побудивший Геннадия Онищенко и Дмитрия Янина начать судебные тяжбы против табачных корпораций. В Госдуме до сих пор ждет второго чтения проект Специального технического регламента на табачную продукцию. Согласно нынешней редакции этого документа, использование слов «легкие» и «мягкие» не запрещено, однако отдельно оговаривается обязанность производителя письменно информировать потребителей о том, что «легкий» продукт не является менее вредным, чем его более «тяжелый» аналог. Борцы с табакокурением уже больше года не могут согласиться с подобной формулировкой, настаивая на том, что требования конвенции ВОЗ однозначно определяют запрет на использование слов «мягкие» и «легкие». На заседании профильного экспертного совета при комитете Госдумы по экономполитике и предпринимательству, которое прошло в октябре, было прямо указано на то, что нынешний проект техрегламента уже согласован со всеми министерствами и ведомствами, за исключением Минздравсоцразвития. Так что, похоже, война Роспотребнадзора и КонфОП с табачными корпорациями близится к логическому завершению.

Источник: gzt.ru

Опять перепутали. А все — от отсутствия системы управления качеством

В екатеринбургской больнице медсестра, использовавшая для обработки кожи при заборе крови средство для дезинфекции помещений вместо антисептика, нанесла химические ожоги 13 пациентам. Инцидент произошел в Академическом медицинском центре «Семья и здоровое поколение» в конце октября. Среди пострадавших — трое детей в возрасте от 3 лет 9 месяцев до 5 лет. У самой младшей девочки зафиксирован ожог кожи третьей степени с некрозом мягких тканей. Ребенку потребовалась пластическая операция, и в настоящее время он по-прежнему находится в больнице. Материалы прокурорской проверки по факту причинения вреда здоровью пациентов переданы УВД Верх-Исетского района Екатеринбурга. В отношении Уральской государственной медицинской академии, структурным подразделением которой является медцентр, возбуждено дело об административном правонарушении, так как высшее учебное заведение не сообщило о случившемся в органы прокуратуры.

Источник: ИТАР-ТАСС

Протокол Установочной конференции «Филиал Профессиональной Службы по редким дорогостоящим нозологиям Формулярного комитета РАМН Южного федерального округа»

24 октября 2008 года, г. Ставрополь,

Ставропольская государственная медицинская академия

Присутствовали 82 человека, представляющие 7 субъектов Российской Федерации: Карачаево-Черкесская республика, Краснодарский край, г. Москва, Республика Дагестан, Ростовская область, г. Санкт-Петербург, Ставропольский край. Все презентации выступлений доступны на Интернет-сайте МОООФИ www.rspog.ru.

Председатели: П.А. Воробьев, В.А. Батурина

Секретарь: О.В. Борисенко

Повестка дня:

1. Вступительное слово регионального представителя Формулярного комитета РАМН в Ставропольском крае, проф. В.А. Батурина.

2. Доклад координатора Профессиональной службы по редким дорогостоящим нозологиям Формулярного комитета РАМН проф. П.А. Воробьева «О деятельности профессиональной службы».

Вкратце рассказал о целях, задачах службы, проведенных мероприятиях, о разрабатываемом по поручению Президиума РАМН проекте Государственной программы помощи больным с редкими заболеваниями. Ознакомил с сайтом, посвященным редким болезням и продемонстрировал имеющиеся на сайте материалы.

Вопрос: Ведутся ли работы по изучению стоимости лечения заболеваний и какая экономическая выгода имеется от лечения редких заболеваний?

Ответ П.А. Воробьева: Стоимость ведения больных рассчитывалась по стандартам медицинской помощи. Экономической выгоды не будет никогда. Если будем экономить на больных, нужно закрыть здравоохранение. Медицина — это затраты государства на собственное общество. Государство должно знать, что сколько стоит, сколько оно готово заплатить, но искать выгоду или экономию в медицине — так нельзя поступать.

3. Краткое сообщение зав. лабораторией проблем стандартизации в здравоохранении НИИ ОЗиУЗ ММА им. И.М. Сеченова Д.В. Лукьянцевой «О ходе работ по разработке и актуализации стандартов медицинской помощи и протоколов ведения больных по редким заболеваниям».

Рассказала о состоянии проблемы разработки стандартов и протоколов ведения больных с редкими заболеваниями. Стандарты есть по всем этим заболеваниям, но в них много ошибок, появилось за этот год много нового, что нужно внести в стандарты. Однако актуализации стандартов пока не предвидится. По трем заболеваниям протоколы ведения больных переведены на утверждение в Ростехрегулирование (рассеянный склероз, гемофилия, болезнь Виллебранда), по гемобластозам — разрабатываются, по муковисцидозу вносится конечная правка. По ХПН и гипопаратирозу нанизму протоколы пока не разрабатываются. Все проекты национальных стандартов размещаются на Интернет-сайте МОООФИ, обращаемся ко всем заинтересованным сторонам принять участие в их рецензировании.

4. Сообщение Н.П. Левандовской, врача-генетика Ставропольского краевого клинического диагностического центра (г. Ставрополь) «Лекарственное обеспечение больных с мукополисахаридозом в Ставропольском крае».

Сначала имеется предложение: если есть претензии к качеству диагностики редких заболеваний в первичном звене, то изменения начинать нужно со Ставропольской медицинской академии. На сегодняшний день в академии отсутствует кафедра клинической генетики. На Ставропольский край всего 5 генетиков, которые работают в краевом диагностическом центре. Мы занимаемся генетическим консультированием семей для предупреждения рождения детей с генетической патологией. Есть множество примеров, когда детей слишком поздно направляют на обследование к генетикам. Участникам конференции был продемонстрирован ребенок, страдающий мукополисахаридозом. Девочка (Ира) учится в 3-м классе общеобразовательной школы, девочка умная, семья благополучная. Ребенок страдает мукополисахаридозом 1-го типа, из них 85% — умственно отсталые. Ира вошла в счастливые 15 процентов, которые не имеют отклонений в умственной сфере. Мы полгода боремся вместе с представителями компании «Джензайм» с Министерством здравоохранения Ставропольского края за выделение средств на лечение ребенка. Сейчас в Москве лечение получают несколько российских детей с мукополисахаридозом, у всех имеется положительная динамика, но они все умственно отсталые. Необходимо приложить общие усилия для того, чтобы этот ребенок получил лечение. В Ставрополе мукополисахаридозом страдают 4 ребенка.

Вопрос: Какова стоимость лечения заболевания?

Комментарий представителя компании «Джензайм» В.А. Пушкова: Стоимость лечения препаратом альдуразим данного конкретного ребенка составляет 9 млн. рублей в год.

Вопрос: Сколько лет живут эти пациенты?

Ответ: Чаще — до 8—10 лет, иногда — 20—25 лет.

Вопрос: Сколько лет живут пациенты, получающие препарат?

Ответ: Препарат разработан недавно, еще не накоплены данные об отдаленных исходах.

Комментарий П.А. Воробьева: Я ранее говорил о том, что зачастую это лечение без обширных данных об эффективности, они накапливаются со временем.

Ответ: Данная семья готова на экспериментальное лечение.

Комментарий П.А. Воробьева: Обращаю ваше внимание, что мы настойчиво просили организаторов конференции пригласить представителей прессы на конференцию. Ни одного представителя СМИ в зале нет. Это вопрос общественный, а не наш профессиональный, закрыто-культурный. Обращения в МЗ России пишутся из различных регионов с просьбой наладить лекарственное обеспечение этих больных. Минздрав всем пишет отписки. Цена вопроса — 9 млн. руб. на ребенка — для нашей страны невысока. Нужно обратиться в Министерство здравоохранения Ставропольского края для организации лечения ребенка, это приемлемые деньги для региона.

5. Доклад д.м.н. В.Ю. Петрова (гематологическое отделение Измайловской детской городской больницы, г. Москва) «Современные подходы к терапии гемофилии у детей».

Представлены данные о подходах к лечению гемофилии у детей. Проведен сравнительный анализ применения плазменных и рекомбинантных факторов свертывания в плане риска инфицирования пациента трансмиссивными инфекциями, безопасности, риска развития антител (ингибиторов) к фактору свертывания. Представлены подходы к индукции иммунной толерантности при появлении антител к факторам свертывания.

Вопрос: Вы наблюдали пациентов, получающих рекомбинантные факторы?

Ответ: Да, у нас наблюдается несколько таких пациентов.

Вопрос: А по какому критерию им назначались именно рекомбинантные факторы?

Ответ: Они на тот момент имелись в отделении.

Комментарий П.А. Воробьева: Мы видим конкурентную борьбу фармбизнеса во всем ее цвете. Но в таком обществе мы живем. Мы неоднократно призывали компанию-производитель рекомбинантных факторов снизить цену, которая сегодня в 1,5 раза дороже плазменных. Видимо, будущее за рекомбинантными препаратами, так как донорская плазма — ресурс исчерпаемый. С этим нужно смириться, но производители рекомбинантов должны снизить цену.

6. Доклад представителя Формулярного комитета РАМН в Ставропольском крае, зав. кафедрой клинической фармакологии СтГМА, проф. В.А. Батурина «Мониторинг концентрации лекарств у больных, страдающих эпилепсией, перенесших трансплантацию органов и тканей: состояние и перспективы».

Во всем мире исследования концентрации лекарств — это рутинные исследования. В России ситуация другая. На всем юге России только в Ставрополе проводится весь необходимый спектр исследований. Хотел бы подробнее остановиться на мониторинге концентрации препаратов для лечения эпилепсии. Крайне важно, что существует договоренность с ФОМС об оплате этих исследований. Эти исследования бесплатны для пациентов. Также в нашей лаборатории проводится мониторинг концентрации циклоспорина. Сейчас появляются дженерики циклоспорина, и здесь мониторинг позволяет скорректировать дозу, чтобы не происходило снижение эффективной концентрации лекарств. В 2007 году выполнено 1528 исследований у больных эпилепсией и 534 исследования у больных с трансплантатом. Реальная потребность по эпилепсии — около 1500 анализов. Приведены данные о количестве анализов по каждому из получаемых препаратов. Анализ показывает, что, например, терапевтическая концентрация депакина была достигнута только у 50% больных, у 32% — низкая концентрация, 18% — высокая. Приведены результаты анализа по различным препаратам (вальпроаты, карбамазепин). Это также демонстрирует то, что нельзя проводить частые и необоснованные замены.

Вопрос И. Гончарова: По каким точкам определяется концентрация циклоспорина?

Ответ: Мы выполняем рекомендации Института трансплантологии.

Вопрос: Какие планы по включению новых препаратов?

Ответ: Мы планируем наладить исследования некоторых новых препаратов.

Вопрос Григорян (главный нефролог Министерства здравоохранения Ставропольского края): Как поступить, если необходимо будет увеличить частоту проведения мониторинга?

Ответ: Зачем повышать частоту? Необходимо получить договоренность с ФОМС по поводу оплаты за дополнительные обследования. Сейчас частота обследований — 1 раз в месяц.

Комментарий П.А. Воробьева: По поводу майсепта и селлсепта: есть предварительные данные о том, что майсепт на 1 полугодие 2009 года закупаться не будет. А какова ситуация в крае с больными, принимающим майсепт?

Ответ Григорян: 4 пациента отказались получать майсепт. По нашей информации, некоторым пациентам выпи-

Продолжение на стр. 3

Начало на стр. 2 ↗

сывается майсепт, но они до последнего месяца пользуются запасами препарата селлсепт, только в октябре начали принимать майсепт.

Вопрос П.А. Воробьева: Была информация, что компания-производитель поставила гуманитарную помощь в регионы — препарат селлсепт. Это имело место в Ставропольском крае?

Комментарий из зала: Была поставка гуманитарной помощи в Краснодарском крае, в Ставрополье — нет.

7. Сообщение президента Ставропольского общества больных гемофилией Н.А. Отроковой «Лекарственное обеспечение больных гемофилией в Южном федеральном округе: взгляд пациента».

В Южном федеральном округе 935 человек с наследственными коагулопатиями. Сегодня пациенты получили возможность получать домашнее профилактическое лечение. Среди проблем по Южному федеральному округу можно отметить неадекватность дозировок и несвоевременные поставки препаратов.

Вопрос П.А. Воробьева: Что значит, «не хватает дозировок». Насколько не хватает препарата? Насколько недостаточно они получают? Должна быть четко выверена цифра, какая потребность и как она покрывается в Ставрополе? Еще один вопрос: нам поступила информация, что в регионе пациенты для получения лекарства вынуждены посещать только один из 3 центров. Каково мнение пациентов?

Ответ: Мы считаем, что это невозможно.

Комментарий П.А. Воробьева: Смысла в этой езде нет. Все должно быть децентрализовано вплоть до поставки на дом. Это пока сложно, но собирать все в 2–3 точки бессмысленно. К тому же у этих пациентов проблемы с суставами.

8. Сообщение главного пульмонолога Министрства здравоохранения Ставропольского края Н.А. Концовой «Лекарственное обеспечение больных муковисцидозом».

Мы начинали учет патологии с 2–3 пациентов, а сегодня в детской практике — 50 больных (детская краевая больница), во взрослой практике мы начали с 3 пациентов (были разосланы письма специалистам по краю и только 3 больных были найдены таким образом). Когда заявку на дорназа альфа защищали в 2007 г., там были заявлены 3 этих пациента. С развитием ситуации количество больных увеличилось — их теперь 9 (2 — перешли из детской практики). Были большие проблемы с введением взрослых пациентов в регистр. Часть пациентов до сих пор предпочитает наблюдаться в Москве. Однако Ставропольский край может полностью обеспечить наблюдение за этими пациентами. Конечно, необходимы более значительные усилия первичного звена по выявлению больных муковисцидозом. В стационаре иногда возникают трудности с объемом антибактериальной терапии. Препарат тобрамицин детская краевая больница закупает и использует, взрослая краевая больница — пока не приобретает. Но для таких больных лучше подходит введение в стационар на дому, по месту жительства. В амбулаторной практике пациенты препаратами креон, урсосан, бронходилататорами не обеспечиваются. Если бронходилататоры можно приобрести самостоятельно, то только на креон пациенту требуется около 9000 руб. в месяц. А ведь такие пациенты не работают, живут на социальном пособии.

Вопрос: Как повлиял скрининг на выявление больных?

Ответ: За 3 года выявлено с помощью скрининга 3 ребенка.

Вопрос П.А. Воробьева: Получают ли препараты больные по ДЛО?

Ответ: Они креон не получают. Но есть расчет, что больные должны получать по ДЛО лекарства из расчета 470 рублей в месяц.

Комментарий П.А. Воробьева: Больные должны получать препараты по потребности, а не из расчета 470 рублей на человека. Никаких официальных ограничений по суммам нет. Эту ситуацию нужно отработать на уровне региона.

9. Сообщение представителя ассоциации родителей детей, больных муковисцидозом Н.Г. Саркисовой «Проблемы больных муковисцидозом».

Лекарственное обеспечение больных непростое. Хочу обратиться к собравшимся: в туберкулезном диспансере много детей, которых не отправляют на потовый тест. Известны несколько случаев, когда детей несколько лет лечили от туберкулеза, а в итоге там оказался муковисцидоз. Часто приходится сталкиваться с непрофессионализмом работников первичного звена. В Ставропольском крае нет центра по лечению муковисцидоза. Везде в мире родители работают в тандеме со специалистами центра. Проблемой представляется пребывание детей в стационаре из-за риска инфицирования. После организации нашей ассоциации, мы столкнулись с облегчением при получении препаратов. Однако, сейчас ситуация с получением препарата ухудшилась — мы вынуждены звонить по 20–30 раз в месяц в аптеку, чтобы выяснить, есть ли препарат в аптеке. С дорназой альфа проблемы нет, а креона не было 5 месяцев. Родители детей делятся препаратами между собой. Материальной поддержки деятельности общества пациентов мы не имеем. В Краснодарском крае детям дают сразу 2-ю группу инвалидности, в нашем крае всем детям ставят 3-ю группу инвалидности, это влияет на размер пособия.

Комментарий П.А. Воробьева: Это большая проблема, как заставить врача «помнить» о 6000 редких болезнях, которые известны. По поводу того, что пациенты делятся лекарствами: это же параллельная система лекарственного обеспечения! Пациентским организациям необходимо перенимать опыт общества больных гемофилией. Мы говорим об объединении на площадке профессиональной службы, потому что многие вопросы нельзя решить поодиночке. Центр му-

ковисцидоза должен быть организационно-методическим, а не клиническим.

10. Сообщение представителя сообщества пациентов с трансплантированными органами и тканями А.Л. Горностаева «Проблемы больных с трансплантированными органами и тканями».

Первоначально после операции по пересадке почки мы ездили в Москву на мониторинг концентрации препарата. После появления центра мониторинга в Ставрополе эти проблемы были решены, т.е. больших проблем с обследованием у нас нет. У меня с собой несколько неотпущенных рецептов по ДЛО с марта 2008 года. Ряд из них (например, метипред) необходимо принимать постоянно. Эти лекарства мы вынуждены приобретать самостоятельно.

Вопрос П.А. Воробьева: Есть ли какая-то общественная структура?

Ответ: В 1997 мы создали такую организацию, однако в отсутствие поддержки работа была свернута. Сейчас мы общаемся с российским обществом «Право на жизнь». Есть своеобразный реестр, в котором отражено, какие препараты у кого из пациентов имеются. Мы можем делиться препаратами. Препараты остаются от умерших пациентов. За 4 года мы потеряли 5 человек. За последние 12 месяцев операции были сделаны 8 пациентам в основном в г. Волжский Волгоградской области.

Вопрос: Сколько всего больных в крае?

Ответ: 45.

Комментарий главного нефролога МЗ СК: По пациентам: 2 умерли, 2 перешли на гемодиализ. По количеству больных — 34 больных в крае. Из них 25 получают циклоспорин, 8 — такролимус. Метипред должны получать по ДЛО, но не получают. Также препарат против цитомегаловируса им зачастую недоступен, мы его заказываем по 6–8 месяцев.

Комментарий П.А. Воробьева: Умершие больные помогают живым. Задача профессиональной службы — налаживание контакта с пациентами, видение в них основных потребителей нашей врачебной деятельности. Работать придется вместе, а не друг против друга, обвиняя пациентов в некомпетентности.

11. Сообщение председателя общества больных эпилепсией и общества больных онкогематологическими заболеваниями (г. Санкт-Петербург) Е.И. Гольберга «Проблемы больных эпилепсией и онкогематологическими заболеваниями».

Я страдал эпилепсией в детстве, и в этом году мне потребовалось лечение от онкогематологического заболевания. Сейчас я вошел в общественный совет пациентов при Росздравнадзоре. Теперь к нашим проблемам. Пациенты с эпилепсией имеют непростые отношения с врачами. Реабилитация — это процесс партнерский. В течение 3 лет я объяснял пациентам, как общаться с врачом, чтобы знать, что именно ему назначили. Конечно, зачастую и врачи и пациенты несправедливы по отношению друг к другу. По поводу выступления о муковисцидозе — у пациента есть право на консилиум. Этим правом нужно пользоваться. По поводу льготных лекарств. Ситуация понятная. Если дорогостоящие лекарства идут прилично и регулярно, хотя в ряде регионов есть проблемы, то работа программ ДЛО не вызывает удивления. Что может сделать пациент? Есть простая линия поведения: пациент должен заявить о своей потребности в лекарстве. Сегодня заявки отталкиваются от имеющегося объема средств. Пациент должен добиваться этого через органы управления здравоохранением, но лучше это делать через консолидированную организацию пациентов. Закупки сейчас гласные. Мы можем это отслеживать и принимать меры. Пациент не должен ничего ждать и звонить. Пациент должен действовать как часы. Пришел раз в месяц — получил рецепт. Если нет — сразу сообщение в общество. Доктор не должен своей грудью закрывать прорехи в системе здравоохранения. Пускай главный врач запрещает выписывать рецепт, а не доктор. Рецепт пациент должен отнести в аптеку. Пациент должен собрать коалицию людей, которые будут его защищать. Отказ — сразу письмо руководителю Росздравнадзора Н.В. Юргелю: «главный врач, ФИО отказывается выписать рецепт». В 9 случаев из 10 лекарство сразу находится.

Можно давить из общества. Если пациент ждет лекарства в аптеке «по звонку», он не сигнализирует о проблеме. Каждую минуту нужно вести себя активно. Также нужно учитывать, что нельзя подставлять врача — если он потеряет работу, в регионе другую найти сложно. Докторов нужно беречь — потерей доктора, останемся совсем без всего.

Если поставили на отсроченное обслуживание — пишите жалобу. Это не всегда работает, но жалобы иногда достигают критического объема, когда они вредны для кого-то. Не обещали в нужное время, пошел — купил сам лекарство — возьмите товарный чек, подайте в суд. Не было ни одного случая, когда этот механизм не сработал бы. Мы всегда стараемся найти максимально легкий путь и не подставлять врача. Также мы ведем широкую разъяснительную работу. Важной проблемой ДЛО является то, что больные воспринимают ее как социальную подачку из Собеса.

Вопрос: Сколько членов в обществах?

Ответ: В обществе больных эпилепсией у нас около 1000 человек. В онкогематологическом обществе — несколько десятков человек.

Вопрос: Какой метод борьбы за лекарства вы считаете более эффективным?

Ответ: Наиболее эффективный способ — собрать полную информацию о лекарственном обеспечении. Бойкий пациент всегда сможет себя обеспечить, отнимая у других пациентов. Поэтому надо работать вместе, обществом, добиваясь улучшения ситуации в целом. Оптимально — обра-

ИнтерНьюс

Российские стволовые клетки рубят окно в Европу

Институт стволовых клеток человека (ИСКЧ) заключил договор о покупке блокирующего пакета акций немецкой биотехнологической компании Symbiotec, которая является обладателем международных патентов, связанных с гистом H1 и лечением онкогематологических заболеваний. Одно из направлений деятельности компании Symbiotec — коммерциализация лекарственного препарата Oncohist, разработанного на основе рекомбинантного гистона H1, ядерного белка, необходимого для сборки и упаковки нитей ДНК в хромосомы. Препарат уже прошел в Европе первую стадию клинических испытаний, доказавших его безопасность, а также косвенно подтверждающих эффективность данного лекарства при лечении острого миелобластного лейкоза. Генеральный директор ИСКЧ А.А. Исаев: «Мы считаем очень перспективным для себя направление, связанное с лечением онкологических заболеваний крови, и нам важно сотрудничество с успешным научным коллективом лаборатории в Германии. Эта компания — база для выхода на европейский рынок». ИСКЧ основан в 2003 г. как организация, призванная способствовать развитию и практическому распространению в России новейших клеточных технологий. Созданная на базе ИСКЧ Лаборатория клеточных технологий разрабатывает и патентует новые технологии и методы в области клеточной трансплантологии и геномной инженерии. ИСКЧ также выпускает научный журнал «Клеточная трансплантология и тканевая инженерия». В составе ИСКЧ работает Гемабанк — банк стволовых клеток человека.

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

Костным мозгом по СПИДУ

42-летний ВИЧ-инфицированный гражданин США наблюдался в клинике Шарите по поводу лейкоза. Когда пациенту потребовалась пересадка костного мозга, медики намеренно выбрали донора с генетической мутацией, делающей его невосприимчивым ко всем известным штаммам вируса ВИЧ. Эта мутация, встречающаяся примерно у 3% европейцев, затрагивает структуру рецептора CCR5, не позволяя вирусу связываться с клетками человеческого организма. Были отменены все лекарственные препараты, направленные против ВИЧ-инфекции. Спустя 20 месяцев после трансплантации костного мозга, врачам не удалось обнаружить признаков носительства ВИЧ у пациента. Тем не менее, нельзя исключить возможность того, что вирус все еще в организме. Специалисты клиники Шарите подчеркнули, что опробованный ими метод не найдет широкого применения для лечения ВИЧ-инфекции. Это связано не только с дефицитом потенциальных доноров, но и с его опасностью для жизни пациента.

Член-корреспондент РАМН, директор НИИ трансплантации костного мозга и молекулярной гематологии В.Савченко выразил скептическое отношение к результатам принципиально нового метода лечения ВИЧ-инфекции, разработанного немецкими учеными. По его словам эффективность оценивать слишком рано. Для начала необходимо воспроизвести результаты единичного случая на группе пациентов и наблюдать за их состоянием на протяжении не менее 5 лет. Но даже если успех подтвердится, испытания методики, необходимые для ее широкого внедрения в практику, займут не менее 10 лет. Он отметил, что попытки лечения ВИЧ-инфицированных пересадкой костного мозга предпринимались еще 20 лет назад, но успеха не достигли. Правда, о генетически детерминированной невосприимчивости донора к вирусу тогда речь не шла. Савченко также выразил сомнение в том, что единственный ген донора может обусловить невосприимчивость к ВИЧ. «Я бы очень поостерегся привязывать все к одному гену. Ген устойчивости, если он и существует, — это целая система, в которой задействована масса разных участков генома, поэтому так вот причинно-следственную связь я бы здесь не искал», — сказал он. По словам ученого, подтвердить или опровергнуть наличие генетической невосприимчивости к ВИЧ можно, только имея данные 10–15-летних наблюдений за большой группой людей, имеющих и не имеющих такого гена, при их контакте с вирусом. В заключение Савченко призвал осторожнее относиться к подобным публикациям, поскольку в настоящее время прослеживается тенденция к преждевременной и чрезмерно оптимистичной подаче положительных результатов при замалчивании отрицательных. Он также добавил, что даже при подтверждении эффективности методики она вряд ли будет применима в российских условиях из-за социальной дезадаптации больных, которые игнорируют даже существующие методы лечения.

Источник: medportal.ru

ИнтерНьюс

Умеренная полнота продлевает жизнь

Недавнее исследование японских диетологов показало, что пожилые люди, склонные к незначительному повышению массы тела, живут дольше, чем их более стройные сверстники. Об этом пишет одна из крупнейших ежедневных газет страны «Асахи Симбун». Однако открытие ученых отнюдь не означает, что всем и каждому следует начинать набирать вес. Во-первых, ученые предупреждают, что «здоровая полнота» не имеет ничего общего с ожирением. Во-вторых, для того чтобы прожить дольше, в более раннем возрасте необходимо сохранять нормальную массу тела. Как заявил руководитель исследования Т. Саиренчи, доцент Медицинского университета Доккио, когда речь идет об оптимальном весе, необходимо учитывать возраст человека. Ученые наблюдали за 32000 мужчин и 62000 женщин в возрасте от 40 до 79 лет, проживавшими в префектуре Ибараки с 1993 по 2003 г. В начале исследования все эти люди прошли медицинский осмотр. За отчетный период 3930 мужчин и 3164 женщин умерли. Исключив влияние прочих факторов (вредных привычек, несчастных случаев) исследователи сосредоточились на вычислении зависимости уровня смертности в каждом поколении от массы тела. В качестве основного инструмента ученые использовали так называемый индекс массы тела. Этот показатель вычисляется по соотношению роста человека и его веса и показатели от 18,5 до 24,9 считается нормой. Если индекс превышает 25, это свидетельствует об избыточном весе, выше 30 говорит об ожирении. По результатам наблюдения, уровень смертности среди мужчин в возрасте от 40 до 50 лет был минимальным при индексе 23,4. Однако для мужчин 60—70 лет это значение оказалось равным 25,3. Для японских женщин среднего возраста оптимальным стал индекс 21,6. Пожилые японки живут дольше при индексе 23,4. Между тем исследование показало, что для молодежи риск развития патологий сердечно-сосудистой системы, связанный с лишним весом, в разы перекрывает все плюсы насыщенного питания.

По результатам предыдущих исследований идеальным был признан индекс 22. Люди среднего возраста с таким показателем меньше других предрасположены к болезням. Однако тогда ученые исключили из наблюдения людей старше 60 лет, и Т. Саиренчи стал первым, кто исправил это упущение.

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

Каскадную плазмофильтрацию — в клинику

Наблюдательный совет госкорпорации нанотехнологий («Роснано») рекомендовал правлению компании утвердить соглашение о выделении около 1,3 млрд рублей на финансирование проекта создания производства техники для каскадной фильтрации и очистки плазмы крови. Метод каскадной фильтрации позволяет избирательно удалять из крови вирусы и вредные соединения, сохраняя при этом полезные компоненты. Аналогичные методы очистки крови с использованием дорогостоящей волоконной фильтрации применяются в трех странах: Японии, Германии и Италии. По данным пресс-службы госкорпорации, основой российской системы очистки крови станет значительно более доступная технология каскадной фильтрации на плоских трековых мембранах. Это позволит радикально снизить стоимость процедуры очистки и перевести ее из разряда элитных областей медицины в разряд эффективных и доступных широкому слою способов лечения, отмечается в сообщении. Конечной целью проекта станет внедрение новых методов лечения ряда широко распространенных заболеваний, в частности, острых отравлений и болезни сердечно-сосудистой системы. Срок реализации проекта составит 5,5 лет.

Источник: MedPortal

Начало на стр. 1 ↗

диагностического поиска. Не раз я слышал от эритремиков, что их принимают за алкашей со всеми вытекающими: одного, к примеру, несколько раз не пускали в метро (давно это было). А если от пациента пахнет, да еще он мочу упустил, или изо рта слюна бежит — фу, какой противный. Даже если вы научены преодолевать свою брезгливость, она может сыграть злую шутку на подсознательном уровне. Как и обратное — слишком хорошее отношение. Помню, как пришел ко мне еще один приятель с жалобами на какое-то отключение сознания несколько раз за последние дни, и я, видя абсолютно типичные изменения на ЭКГ, стал и его и себя уговаривать, что так бывает, картинка похожа, но это не инфаркт. Это было затмение, мне очень не хотелось ставить ему этот диагноз, и до сих пор я чувствую неловкость (мягко говоря), так как непрезвзятый кардиолог, только бросив

взгляд на пленку, уложил бы его в постель. Дальше было бы АКШ и все прелести, но я не мог переступить какой-то порог и сказать ему честно — у тебя инфаркт.

Эвристические подходы используются и в принятии коллективных решений. Они получили название сократические беседы, исторически восходящее к Сократу, и состоят в задавании наводящих и уточняющих вопросов, приведении примеров и контрпримеров. При этом равноценны все самые неожиданные предлагаемые решения, они должны обсуждаться. Коллективный метод решения трудных проблем известен как «мозговой штурм» и на самом деле используется при проведении консилиума в составе нескольких специалистов или на профессорских обходах.

Почему-то мне кажется, что этот разговор полезен для наших врачей различных возрастов и различного стажа и может иметь продолжение.


ВНИМАНИЕ!

ДЛЯ НЕВРОПАТОЛОГОВ, ПСИХИАТРОВ, ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ, ТЕРАПЕВТОВ, А ТАКЖЕ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ!

ПРОТОКОЛ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ БОЛЕЗНЬ ПАРКИНСОНА

Утверждено Заместителем Министра здравоохранения и социального развития Российской Федерации В.И. Стародубовым 14 января 2005 г.

Издательство «НЬЮДИАМЕД» 2006 г.



Болезнь Паркинсона — одно из наиболее распространенных неврологических заболеваний, клиническая картина которого складывается в основном из двигательных, вегетативных, сенсорных и психических нарушений, нарушений сна и бодрствования. Своевременная диагностика и правильно подобранное лечение, как правило, сохраняет на долгие годы профессиональную и бытовую активность пациента.

Протокол содержит четко регламентированную информацию о диагностике и лечении данного заболевания. Использование в Протоколе медицинских технологий обосновано результатами качественных клинических исследований в соответствии с требованиями доказательной медицины.

Использование Протокола в практической работе, научных и учебных программах, деятельности организаторов здравоохранения позволит принимать рациональные клинические и организационные решения, избежать использования неэффективных медицинских технологий и как результат — обеспечить качество медицинской помощи.

Протокол ведения больных «Болезнь Паркинсона» — основа для внедрения современных методов диагностики и лечения в практику здравоохранения и создания системы управления качеством медицинской организации.

Заявки на приобретение можно направлять по адресу:
115446, Москва, Коломенский пр., д. 4, а/я 2, издательство «НЬЮДИАМЕД»
E-mail: mtpndm@dol.ru Подробности на сайтах: www.zdrav.net и www.zdravkniga.net

Начало на стр. 2, 3 ↗

шение в суд. Это крайняя мера, она требует подготовки тщательно составленного искового заявления. Прокуратура требует более профессионального обращения. Но лучше всего действовать «кучей», собирать информацию по лекарственному обеспечению, обращаться во власти.

Заклочение председателя: В отношении девочки, больной мукополисахаридозом, — мы будем обращаться в краевой Минздрав за помощью. Но также нужно создавать фонд помощи больным редкими заболеваниями. Завтра их будет больше. Возможно, Профессиональной Службе округам придется создать фонд помощи таким детям. Благотворительность работает, ею нужно просто заниматься. В общем-то, ситуация с лекарствами безобразная — есть лекарство, денег на него нет.

Наверное, целесообразно создать совет пациентских организаций при органе управления здравоохранением. Опыт Росздравнадзора показателен — он в курсе проблем и участвует в их решении. Необходимо создание здесь филиала Профессиональной Службы при Формулярном комитете РАМН. Руководителем предлагаем назначить главного врача 2-й городской больницы Дейнеко Александра Олеговича, у него большой опыт административной работы, информатизации.

Заклочение В.А. Батурина: Сейчас ситуация в крае поменялась. На лекарственное обеспечение выделяются гораздо большие деньги. Люди, которые занимаются лекарственным обеспечением, готовы делать это по-новому.

Спонсорами установочной конференции выступили компании: «Биотест Фарма», «Геден Рихтер» А.О., «Джензайм», «Новартис Фарма», «РОШ-Москва».



Наконец, в рамках реализации программы помощи пострадавшим в ДТП, принято решение выделить дежурные машины «скорой помощи», чтобы они постоянно находились на постах ДПС. Цель — уменьшить время доезда «скорой» до пострадавшего. Это решение правильное, хотя и не окончательное, необходимо продумать, осмыслить ситуацию: где нужны «скорые». Обычно аварии с человеческими жертвами и пострадавшими происходят вдали от милиции, на участках с высокой скоростью движения. Но сразу после аварии на дороге возникает затор, который не позволяет вовремя подъехать к пострадавшим милиции, скорой помощи и пожарным. Так что насколько данная мера будет эффективна — непонятно.

Отметим, что последние 2 года мы неоднократно говорили и писали о том, что скорые помощи должны быть выдвинуты к месту возможной потребности в экстренной помощи, особенно в ситуациях, когда время доезда может быть удлинено из-за пробок. По этому поводу даже вышел спор с г-ном Рошалем, утверждавшим, что, по его мнению, такого подхода нет нигде в мире. Но так давно делают в Швейцарии, в Турции. И вот теперь получается, что у нас пошли по такому же пути.

В большинстве стран на дорогах работают парамедики, а не врачи на «скорой помощи». Первая доврачебная помощь — наиболее важный этап, и для ее оказания в большинстве случаев врач не нужен — достаточно иммобилизации, обезболивания, введения растворов и механической остановки кровотечения. Все это должно делаться парамедиками. Впрочем этому учат и всех водителей (но последние

делать, по возможности, этого не должны из-за полного реального неумения, разве что только растворы вводить). Для нашей страны введение института парамедиков принципиально: это не только оказание экстренной доврачебной помощи на дороге, но и доврачебная помощь в отдаленных регионах, там, где врачей нет и никогда не будет. Да и контроль за течением хронических неинфекционных болезней вполне можно переложить на парамедиков: измерение АД, измерение уровня сахара глюкометром, некоторые инъекции и др.

Многие из тех, с кем я разговаривал на эту тему, сомневаются, что идею парамедиков удастся пробить — уж очень она противоречит нашему гордому отношению к собственной умирающей системе здравоохранения. Как это, у нас даже медицинская сестра не человек, а помощник Великого врача, художника и творца.

А тут какие-то пара — кто? — будут медицинскую помощь оказывать. Вы еще про самолечение нам скажите. И скажем. Ответственное самолечение — целое направление в европейской и американской медицине. А у нас? Низзя.

А если вдуматься, так парамедики давно и сноровисто работают в стране, получая даже официальные документы, разрешающие эту работу, и зарабатывая деньги. Мы-то к ним — с презрением, а их многие тысячи. Занимаются они «традиционной медициной и целительством». То есть им можно и лечить и излечивать, используя шарлатанские методы, а другим, использующим нормальные методы, — нельзя. Еще одна группа «парамедиков» — больные и их родственники, самостоятельно делающие себе уколы, в том числе — внутривенные и внутривенные вливания. Это больные с сахарным диабетом, гемофилией на домашнем лечении, с хронической почечной недостаточностью на перетональном диализе. Их обучают в школах для пациента и доверяют очень сложные, рискованные процедуры. Почему же другим нельзя?

ОБЩИЙ АНАЛИЗ

от П. Медика

НАКОНЕЦ «СКОРЫЕ» ПОКИНУТ ПОДСТАНЦИИ

ПРОТОКОЛЫ МГНОТ

**ПРОТОКОЛ ПЛЕНАРНОГО ЗАСЕДАНИЯ
МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО
НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ
от 12.03.2008 г.**

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

Повестка дня:

1. И.С. Тартаковский (НИИЭМ им Н.Ф. Гамалеи)
Стандарты лабораторной диагностики легионеллезной, хламидийной, микоплазменной инфекции

К типичным возбудителям относятся микоплазмы, хламидии, легионеллы, возбудитель лихорадки Ку. Их объединяет устойчивость к пенициллину и бета-лактамам, внутриклеточный паразитизм, общие подходы к лабораторной диагностике. В основе внутриклеточного паразитизма лежат механизмы биологической мимикрии и развитие аутоиммунных процессов. Атипичные возбудители вызывают самые разнообразные инфекции. Например, хламидии: инфекции дыхательных путей, сердечно-сосудистые болезни, астма, заболевания центральной нервной системы. Диагностировать заболевания сложно, так как 60% населения Земли имеет антитела к *S. Pneumoniae*. Легионеллы отличаются от остальных — это не антропоноз, он также живет в окружающей среде (вода, паразитирует в амебах). Для инфицирования необходима теплая вода, образование биопленок (возможные условия — гостиницы, больницы, промышленные предприятия, торговые центры, круизные суда, спортивные клубы). При диагностике этой инфекции необходимо исключить возможность биотеррористической атаки. Удельный вес атипичных пневмоний среди всех пневмоний составляет порядка 15%.

К методам лабораторной диагностики относят морфологический (структуры в клиническом материале), культуральные исследования на питательной среде, культуре клеток или куриных эмбрионов, иммунологические (выявление возбудителя или антител к нему), молекулярно-генетические. Последние 2 метода имеют наиболее клиническое практическое значение. Существует 3 алгоритма диагностики атипичных пневмоний: определение IgM в сыворотке крови, определение растворимого антигена в моче и полимеразная цепная реакция (ПЦР) в реальном времени. Можно выделить современные тенденции в применении серологических методов: определение IgM, высокий уровень суммарных антител используется для инфекций, для которых не характерно носительство или персистенция. Критерии острой хламидийной инфекции: 4-кратное нарастание титра антител IgG в иммунофлуоресценции, титр IgM равный или более 1 : 16. Нарастание IgA или других маркеров не имеет диагностического значения. Исследование 2679 образцов тканей различными методами в 2002 г. показали невысокое значение методов для диагностики хламидийной инфекции. При использовании 2 методов частота выявленных случаев составила 15%. В настоящее время преимущество имеет метод прямой иммунофлуоресценции с использованием моноклональных антител к возбудителю. Другой универсальный подход — ПЦР в реальном времени. Критерии легионеллеза следующие: выделение возбудителя из респираторного тракта, легочной ткани, 4-кратное и более нарастание уровня специфических антител в реакции непрямой иммунофлуоресценции, определение растворимого антигена в моче. Метод определения антигена в моче является наиболее распространенным (до 95% выявляемых в мире случаев). Так, при вспышке легионеллезной инфекции в г. Верхняя Пышма у 7 из 8 пациентов легионеллез был подтвержден при определении антигена в моче. При быстрой постановке диагноза смертность от легионеллеза значительно снижается.

Вопросы к докладчику:

Вопрос: Какие антибиотики необходимо использовать при этих инфекциях?

Ответ: Все эти заболевания лечатся макролидами.

Вопрос: А какая терапия при других локализациях?

Ответ: При других локализациях инфекции возбудители другие, лечение то же самое. Подходы к диагностике при урогенитальной хламидийной инфекции несколько различаются от подхода при респираторной инфекции.

Вопрос: Что необходимо использовать при диагностике в клинической практике?

Ответ: При пневмонии — 4-кратное нарастание титра IgM. При легионеллезе — исследование антигена в моче.

Вопрос: А исследование мокроты?

Ответ: При легионеллезе мокроты почти нет. При хламидийной инфекции определение возбудителя в мокроте — не всегда чувствительный метод.

Вопрос А.И. Воробьева: Кроме легионелл, какие возбудители могут дать эпидемические вспышки?

Ответ: Вспышки могут давать и микоплазмы в закрытых коллективах, и хламидии.

Вопрос: Приходилось ли встречаться Вам с пневмококковыми вспышками?

Ответ: Лично мне нет. Но пневмококковые вспышки также встречаются.

Вопрос: Во вспышках имеет значение вирулентность или скученность людей?

Ответ: Могут иметь значение различные факторы.

Вопрос: Что кроме макролидов можно использовать?

Ответ: Можно использовать фторхинолоны.

Вопрос: Как эти микроорганизмы взаимодействуют с вирусами, встречаются ли микст-инфекции?

Ответ: Да, такие работы имеются. Это свойственно микоплазменной инфекции.

Вопрос: Проходит ли инфекция сама или возможна персистенция?

Ответ: Если пневмония существует — ее нужно лечить. Но часто диагноз ставится неправильно — просто выявляются антитела, и людей начинают лечить. В 90-х существовала гипердиагностика урогенитальной хламидийной инфекции. Лечить носительство не нужно. 60% людей имеют антитела к хламидиям.

2. Ю.Г. Белоцерковская, А.И. Синопальников (кафедра пульмонологии ГИУВ МО РФ)

Бронхиальная астма и *S. Pneumoniae*

Известны факторы внешней среды, которые запускают механизмы гиперчувствительности у предрасположенных лиц. С начала 70-х годов изучалось значение вирусов и атипичных возбудителей (хламидии и микоплазмы). При исследовании 163 пациентов с симптомами респираторного заболевания и признаками бронхообструкции у 20 была выявлена *S. Pneumoniae*. В другом исследовании у 20% больных с обострением астмы была выявлена сероконверсия в парных сыворотках (на микоплазмы, хламидии). Были получены данные о взаимосвязи между использованием высоких доз ингаляционных кортикостероидов и наличием высоких титров антител против атипичных возбудителей. Существует мнение, что *S. Pneumoniae* играет неслучайную роль в патогенезе бронхиальной астмы. Персистенция *S. Pneumoniae* способствуют недостатку интерферона гамма, недостаточность CD8+, мужской пол, старший возраст, курение, сопутствующие заболевания, наследственный фактор. Получены данные о том, что *S. Pneumoniae* через влияние на белок теплового шока модулирует иммунный и воспалительный ответ при астме. В исследованиях изуча-



лось влияние применения макролидов при бронхиальной астме. Была показана эффективность кларитромицина при длительном приеме при астме и подтвержденной инфекции атипичным возбудителем — увеличение объема форсированного выдоха за 1 секунду. Лечение кларитромицином при астме уменьшало гиперреактивность бронхов.

Нами было проведено рандомизированное исследование 8-недельной терапии азитромицином у пациентов с тяжелой астмой (стабильное течение). В исследование включались амбулаторные пациенты с астмой длительностью более 6 месяцев, легкой и средней степени тяжести. Всем пациентам проводилась серодиагностика *S. Pneumoniae*-инфекции. Пациенты были разделены на 4 группы: лечебную и контрольную серопозитивную, и серонегативную. В исследовании использовался азитромицин 250 мг, 2 раза в неделю, 8 недель. Оценивалась динамика объема форсированного выдоха, скорость выдоха, ночные и дневные симптомы, потребность в бета-агонистах короткого действия. На момент начала исследования группы не различались по основным показателям. Среди всех пациентов серопозитивных оказалось 53,5%. Среди серопозитивных пациентов преобладали пациенты со среднетяжелой бронхиальной астмой. Улучшение показателей внешнего дыхания было отмечено только в группах с подтвержденной инфекцией.

Вопросы к докладчику:

Вопрос: А количество приступов изменилось?

Ответ: Число приступов в группах статистически не различалось.

Вопрос: Какие теоретические обоснования для такого режима дозирования?

Ответ: Такой режим дозирования обусловлен тем, что предполагалась персистенция инфекции.

Вопрос: Были ли какие-то клинические особенности таких пациентов?

Ответ: Речь не идет об инфекционно-зависимой астме. Микроорганизм в данном случае может усиливать воспалительный или гиперреактивный бронхов. Речь также не идет об активном процессе, а о персистенции.

Вопрос: Возможно ли применение антибиотиков совместно с кортикостероидами?

Ответ: Это единственный возможный вариант.

Вопрос: Изучали ли число возбудителя?

Ответ: Нет, эти исследования были нам недоступны.

Вопрос: Отличались ли исходные дозы кортикостероидов?

Интервьюс

Сердечно-сосудистые заболевания, инфекции и рак

Тремя основными причинами смертности во всем мире являются сердечно-сосудистые заболевания, инфекции и рак. При этом больше всего людей в мире (29%) умирают от заболеваний сердца и сосудов. Об этом говорится в докладе ВОЗ. По сравнению с исследованием 2002 г. от болезней сердца умирают по-прежнему часто, однако смертность от инфекций существенно сократилась. При этом вероятность смерти мужчин в возрасте 15—60 лет значительно выше, чем у женщин этой же возрастной категории. Особенно эта разница ощутима в странах Латинской Америки, Карибского бассейна и Ближнего Востока. Согласно докладу ВОЗ, в странах с низким уровнем дохода основными причинами смерти являются пневмония, болезни сердца, диарея, ВИЧ/СПИД и инсульт. При этом на страны Африки приходится 9 из 10 случаев смерти детей от СПИДа во всем мире, а также 9 из 10 случаев смерти детей от малярии. В странах с высоким уровнем дохода список основных причин смертности возглавляют болезни сердца, за которыми следуют инсульт, рак легких, пневмония, бронхит или астма. Такая же тенденция наблюдается в странах Восточной Европы, где высокий уровень смертности связан преимущественно с сердечно-сосудистыми заболеваниями. По наблюдению ВОЗ, на протяжении последних 10—15 лет в Восточной Европе наблюдается серьезный откат назад в сфере здравоохранения в целом. По сравнению с Западом, в Восточной Европе смертность людей в результате случайного отравления в 16 раз выше. Многие из случаев отравления связаны с употреблением алкоголя.

Источник: РИА «Новости»

«Темно-зеленые» превратятся в карборексиков

Американские психиатры опасаются того, что повышенная информированность об экологических проблемах может привести к появлению поколения карборексиков — людей, страдающих паническим отращением к продукции, при производстве которой выделяется углерод. Согласно новому докладу, 7% американцев относятся к так называемым темно-зеленым — людям, которые фанатично заботятся об экологии, повторно используют уже отслужившие свое материалы и постоянно беспокоятся о содержании углерода в атмосфере. При этом пока неясно, определяется ли такое поведение экологическими мотивами, или же речь идет о расстройстве, граничащем с неврозом. Как указывает доклад, опубликованный в The New York Times, сегодня есть все признаки появления так называемого карборексического образа жизни. К ним относится, например, использование растительного масла в качестве топлива для автомобилей и лужаек как удобрений, помогающих сэкономить воду. Ш. Эстик, фермер из штата Нью-Йорк, пытается сократить расход электроэнергии в своей семье к 10% от среднего по стране. Они с мужем почти все выращивают для себя сами, разводят кур и индюшек и тратят меньше 500 фунтов в год на необходимые товары, большую часть которых покупают поддержанными. Их четверо детей часто спят вместе, что позволяет сохранить тепло тела. По словам Эстика, некоторые соседи считают их страдающими энергетической анорексией. Однако, добавляет женщина, после того, как цены на энергию повысились, отношение к ее семье смягчилось. Как рассказал The New York Times калифорниец Д. Мэтсьюда, иногда он справляет нужду на лужайке возле собственного дома, чтобы сэкономить на сливе воды в унитазе. Все это вызывает тревогу некоторых специалистов по психическому здоровью. «Если вы не можете иметь в доме нечто не экологическое или не органическое, если вы критикуете друзей за то, что их образ жизни не соответствует вашим «зеленым» стандартам, то у вас проблема», — говорит Э. Карл, эксперт по обсессивно-компульсивным расстройствам. С точки зрения Д. Цукера, специалиста по долгосрочному развитию в пиар-компании Porter Novelli, чрезмерная увлеченность экологией граничит с фанатизмом. «Эти люди стремятся к образу жизни с нулевым уровнем потребления», — заключил он.

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

ИнтерНьюс

Тут врачи не помогут...

Все население Москвы и Санкт-Петербурга проживает в условиях высокого и очень высокого уровня загрязнения атмосферы. Это следует из государственного доклада «О состоянии и об охране окружающей среды Российской Федерации в 2007 году», опубликованного на официальном сайте Минприроды России. Чуть лучше обстоят дела в городах в Камчатском крае, Новосибирской, Омской, Оренбургской областях — здесь 75% городского населения проживает в условиях высокого и очень высокого уровня загрязнения атмосферы. А вообще такой уровень отмечен в 135 российских городах. В них проживает более половины городского населения страны. Максимальные концентрации загрязняющих веществ в атмосферном воздухе в 2007 г. зарегистрированы на уровне 10 ПДК (предельно допустимая концентрация) в 30 городах России с населением 11,7 млн. человек (в 2006 г. — в 26 городах). Приоритетный список с наибольшим уровнем загрязнения воздуха в 2007 г. включает 38 городов с общей численностью населения 14,9 млн. человек (в 2006 г. — 36 городов с населением 14 млн. человек). В Москве загрязнение воздуха осталось на уровне 2006 г. При этом крупнейшими источниками выброса загрязняющих веществ в 2007 г. стали ТЭЦ ОАО «Мосэнерго», ОАО «Московский НПЗ», ОАО «Московская объединенная энергетическая компания», ТЭЦ-23 и АМО ЗИЛ. Воды Москвы-реки, как и прежде, загрязнены нефтепродуктами, биогенными элементами (аммоний, нитриты, фосфаты), фенолами, формальдегидами. Однако превышения нормативов отмечаются только для аммонийного азота, железа, фенолов и ХПК (химическое потребление кислорода, или окисляемость). На всем протяжении Москвы-реки в черте города вода классифицируется как умеренно загрязненная, кроме участка в районе впадения реки Яуза, где вода соответствует классу «грязная». При этом на ряде участков реки качество воды улучшилось по сравнению с 2006 г. Одной из серьезных проблем Подмосковья остается утилизация отходов производства и потребления. На территорию области в 2007 г. было вывезено около 90% отходов Москвы. Общий годовой объем образующихся в Москве и Московской области отходов приближается к 60 млн. тонн.

Источник: gzt.ru

Лысые — радуйтесь, вам посчитают

Компьютерная программа, разработанная австралийскими исследователями из CSIRO Mathematical and Information Sciences в Сиднее совместно со специалистами одной из британских компаний, способна оказать неоценимую помощь врачам и косметологам при проверке различных снадобий для лечения от облысения или, наоборот, эффективности эпиляции, точно подсчитав число волос на голове и теле человека. С помощью специально разработанных алгоритмов программа выделяет на отсканированном изображении волосяного покрова основание каждого волоска, отличая его от других образований на коже, таких как морщины, ранки или прыщи. Работа алгоритмов основана на распознавании присущих волосам особенностей, например, их относительной прямолинейности. Сравнение ряда разнесенных во времени снимков позволяет также оценивать скорость роста волос. Для проверки точности работы программы пришлось пересчитать все волоски вручную, и исследователи вынуждены были даже привлечь к работе добровольцев из соседних лабораторий, которые не только предоставили свои волосяные покровы в распоряжение науки, но и занимались затем кропотливыми подсчетами. Австралийцы уверены, что их программа может оказаться полезной не только в дерматологии, косметологии и пластической хирургии, но и во многих других областях, где требуется достоверный подсчет каких-либо отдельных мелких элементов, например, количества нейронов или же следов биополимеров на микрофотографиях.

Источник:

<http://www.vechnayamolodost.ru>

Начало на стр. 4, 5

Ответ: Да, несколько различались. И лечение антибиотиками не позволило снизить дозу ингаляционных кортикостероидов.

Вопрос: Оценивался ли уровень антител спустя 3 месяца после окончания исследования?

Ответ: Да, оценивался уровень IgA.

Вопрос: Можно ли считать, что эффект антибиотика выражен не за счет антибактериальной активности, а за счет иммуномодулирующей активности?

Ответ: Косвенно можно судить об антибактериальном эффекте, так как не было отмечено эффекта в группе серонегативных пациентов.

КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ И ФАРМАКОЭКОНОМИКА

Издательство «НьюДиамед»

Миссия журнала — объединение усилий клинических фармакологов, специалистов по фармакоэкономике, медицине доказательств и фармакоэпидемиологии для развития системы рационального лекарственного обеспечения в России и содружественных странах, что реализует принципы справедливости и общедоступности медицинской помощи.

Цель журнала — обеспечение качества медицинской помощи с использованием формуляров и стандартов на основе современных достижений клинической фармакологии. Журнал является печатным органом МОО «Общество фармакоэкономических исследований» (МООФЭИ — RSPOR), Евразийского альянса обществ фармакоэкономических исследований (EVASPOR), ассоциации клинических фармакологов Санкт-Петербурга, Фармулярного комитета РАМН.

Основные проблемы и темы журнала: фармакокинетика и фармакодинамика, фармакогенетика, фармакоэкономика и клинико-экономический анализ, фармакоэпидемиология, формулярная система — руководства, перечни, стандартизация и управление качеством лекарственной терапии, медицина доказательств, редкоприменяемые лекарства, негативные перечни лекарств, жизненная важность лекарственных средств, диагностические лекарственные средства, регистрация лекарственных средств, клинические испытания, этика и лекарства, ценообразование и референтные цены, экономика фармации, юридические проблемы фармакотерапии, БАД, безрецептурные препараты и ответственное самолечение, фармакогеронтология, педиатрическая и акушерская фармакология, безопасность лекарственных средств.

Подписаться на наш журнал вы можете:

1. Через агентство РОСПЕЧАТЬ, каталог «ГАЗЕТЫ И ЖУРНАЛЫ» Индекс журнала — 70182.
2. Через редакцию журнала, заполнив бланк-заказ и оплатив указанную сумму (журнал высылается по Вашему адресу в конверте).

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

Ваш адрес просим указывать ПЕЧАТНЫМИ буквами.

Ф.И.О. подписчика	Почтовый адрес доставки (индекс обязательно)	1 полугодие		2 полугодие		
		1	2	3	4	5
Номера журнала						
Цена одного номера в руб.						
		400	400	400	400	400
ИТОГО (впишите сумму):						
НАШИ РЕКВИЗИТЫ: Банк получатель: АКБ «Стратегия» (ОАО), ИНН 770 224 522 0, БИК 044 579 505, КПП 770 201 001, К/с 301 018 100 000 000 005 05, Р/с 407 028 105 000 000 004 85.						

Квитанцию о переводе оплаченной Вами суммы и бланк-заказ высылайте по нашему адресу: 115446, Москва, Коломенский проезд, 4, А/Я 2, Издательство «НьюДиамед». При необходимости издательство выставляет счет. Тел./факс: (499) 782-31-09, (495) 609-13-57 E-mail: mtpndm@dol.ru, balch@dol.ru, www.zdravnika.net, www.zdravnet, www.rspor.ru.

В платежном поручении и в почтовом переводе обязательно указать:

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

Чувашская полицитемия впервые выявлена, прошла первичную оценку и описана нашей группой исследователей (Л.А. Полякова, Н.К. Ефимова, Г.А. Алексеев, Ю.Н. Токарев, М.Г. Дмитриева, Л.О. Газенко, Л.И. Дербенева и др.) в начале 70-х гг. XX века. Она представляет пока единственный в мире эндемичный очаг наследственной аутосомно-рецессивной полицитемии (эритроцитоза). Всего в Чувашии было зарегистрировано более 200 гомозиготных больных. Ряд больных выявлен в других республиках Средней Волги, где проживают люди, принадлежащие к тюркским и финно-угорским этническим группам. У гетерозигот клинических проявлений не было, и критерии гетерозиготного состояния пока не определены.

ЧУВАШСКАЯ ПОЛИЦИТЕМИЯ — МУТАЦИЯ ГЕНА VHL, НАРУШАЮЩАЯ СЕНСИРОВАНИЕ КИСЛОРОДА

Ю.Н. Токарев

Заблевание впервые диагностируется в детском или юношеском возрасте в связи с появлением симптоматики плеторы (головная боль, головокружения, утомляемость, боли в нижних конечностях и области сердца, отставание в развитии и росте, краснота кожи и видимых слизистых и др.) или случайно, при освидетельствовании с проведением анализа крови. При физикальном исследовании у всех больных определялся красный цианоз, у трети — умеренная гепатомегалия и симптом «бараньих палочек», реже — геморрагии, варикозное расширение вен, незначительная спленомегалия и тромбозы. В костном мозге по данным трепанобиопсии — признаки эритроидной гиперплазии. Взрослые пациенты часто были низкого роста. Какой-либо патологии, способной привести к вторичному эритроцитозу, у больных, находившихся на стационарном обследовании, не обнаружено. В их крови не выявлены ни аномальные гемоглобины с повышенным сродством к O₂, ни повышенное содержание метгемоглобина. КДК были нормальными. В норме также находились основные параметры гемоглобин — P50, коэффициент Хилла и уровни 2,3 БФГ в эритроцитах.

Уровни гемоглобина были повышены — у некоторых больных они доходили до 290 г/л, а гематокрит — до 0,9. Количество эритроцитов было также увеличенным — до 9 млн. в 1 мм³. Количество лейкоцитов и тромбоцитов были в норме; а РОЭ резко уменьшенной. Вязкость крови была резко повышенной. У многих больных отмечался синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови.

Клиническое течение заболевания нельзя считать доброкачественным. Средняя продолжительность жизни больных — около 40 лет. При длительном наблюдении выявлялись различные осложнения преимущественно сосудистого генеза. При исследовании мозга с помощью магнитного резонанса у 14 из 33 больных выявлены черты предыдущих инфарктов различной тяжести и локализации. У больных также наблюдались динамические нарушения мозгового кровообращения и тромбозы сосудов головного мозга. При этом риск тромбозов, видимо, определяется не только показателями гематокрита, но и другими,

Закключение председателя: Многие инфекции, о которых шла речь — это результат скученности и концентрации. Человек — не стадное животное. После жизни рядом со скотом появился у человека туберкулез. Это также относится к вспышкам пневмококковых пневмоний среди солдат. Микробы также меняются, и мы должны к этому подстраиваться. Мы должны всегда думать о деконцентрации пациентов. Мы в Гематологическом научном центре сделали ставку на одноместные палаты и здесь чистая экономия — дешевле построить одноместные палаты, чем заваливать пациентов антибиотиками. А сравнение инфекционности палат при сложнейшей системе кондиционирования и при простом одноместном размещении выявило преимущество простой форточки в одноместной палате.

еще не идентифицированными факторами. Сосудистая патология имела место у одной трети наблюдавшихся нами больных чувашской полицитемией. При прослеживании группы пациентов у них наблюдались легкий ретикулоцитоз и гипербилирубинемия, что свидетельствовало о незначительном гемолизе. У 8 из 11 умерших причинами смерти были тромбозоморфические осложнения.

В сотрудничестве с американскими учеными (доктором J. Prchal и др.) при исследовании крови на молекулярном и генном уровнях удалось установить, что у больных с чувашской полицитемией имеются нарушения гомеостаза кислорода (дефект его сенсирования). При использовании предполагаемого эффекта основателя в чувашской популяции скрининг всего генома позволил выявить «кандидата» в гены на хромосоме 3p25 и затем гомозиготность по R200W — миссенс мутации гена von Hippel Lindau (VHL 598 C-T) как молекулярной основы чувашской полицитемии. Следует напомнить, что болезнь Von Hippel Lindau представляет собой ретино-церебральный ангиоматоз, и действительно подобные ангиомы часто выявляют у больных наследственными полицитемиями. Наступающее в результате мутации ослабление функции VHL при чувашской полицитемии нарушает деградацию HIF-а, что приводит к его накоплению с последующей повышенной регуляцией генов EPO, GLUT 1 и сосудистого ростового эндотелиального фактора VEGF.

При чувашской полицитемии имеются признаки как первичной, так и вторичной полицитемией, поскольку эритроидные клетки — предшественники больных in vitro сверхчувствительны к добавлению экзогенного эритропоэтина при том, что у некоторых больных уровни гормона в сыворотке повышены, либо они неадекватно увеличены относительно имеющихся у больных концентраций гемоглобина.

Чувашская полицитемия также найдена в других (нечувашских) популяциях Юго-Восточной Азии, Испании, представителей кавказоидной расы и афроамериканцев у больных с сочетанием различных мутаций VHL-генов. На основании гаплотипного анализа VHL-локуса в пробах полученных от больных из многих стран сделано предположение о том, что единственный эпизод мутации мог произойти в периоде между 12000 и 51000 годами тому назад. Полагают, что в турецкой полицитемической семье эта мутация возникла независимо. Недавно другой эндемичский анклав обнаружен в Южной Италии (на острове Искья), где частота гена VHL (0,07) даже больше, чем в Чувашии. Следует отметить, что в этом изоляте мутация присутствует на обычном гаплотипе чувашской полицитемии. Задержка в популяции и дальнейшее распространение гена VHL 598 C-T приводят к предположению о существовании у гетерозигот преимуществ в выживаемости. Они могут включать некоторые улучшения в эритропоэзе и метаболизме железа, защиту от преэклампсии (через опосредованную HIF-1 регуляцию VEGF) или защиту против бактериальных инфекций (через опосредованную бактерицидную активность нейтрофилов).

Лечение чувашской полицитемии не разработано и остается симптоматическим. Кровопускание неэффективно и нередко вызывает обострение ДВС. Некоторое улучшение вызывало применение ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента.

Лени Рифеншталь — одна из знаковых и самых противоречивых фигур XX столетия, имя восхваляемое и проклинаемое, но оставшееся в истории. Она была одарена во многих областях: танцовщица, актриса, режиссер, фотограф. И потрясающая личность. Лени прожила 102 года, и в этом природа ей благоволила. Ее жизнь настолько неординарна, что кажется нереальной. Но остались фильмы, фотографии и мемуары, в которых она, «кинодеятель № 1 Третьего рейха», защищала себя от современников и потомков.

Любимая актриса и высоко ценимый режиссер Гитлера, она много сделала для Третьего рейха. Ее фильмы «Триумф воли» и «Олимпия» — полотна масштабные и впечатляющие, и человечество не хочет, а может быть, и не должно простить их воздействие на ход истории. И донныне эти фильмы считаются пропагандой фашизма, хотя сама Лени всегда отрицала их политическую составляющую. Для нее это было просто документальное кино о силе и красоте, о судьбе нации. Не нацизма. История, возможно, рассудит, но Лени ушла, не раскаявшись. Главным для нее было искусство, а перед ним она не погрешила — это ее позиция.

Личная жизнь Лени Рифеншталь представляет собой такой же феномен, как и творчество. Если бы травмы не оставили ее карьеру танцовщицы, она блистала бы в этом искусстве; оставшись актрисой, составила бы конкуренцию Марлен Дитрих; не прервись ее деятельность в кино, творила бы как гениальный режиссер. Занималась ли она танцами, фотографией или подводными съемками (впервые спустившись под воду в 72 года) — везде была лучшей. Но тени прошлого никогда не оставляли эту женщину, разделив ее жизнь на две части: до войны и после.

Предвкушение жизни. Ребенком Лени успешно занималась спортом и не расставалась с ним до глубочайшей старости: в 87 лет бегала, не оставая от своего 47-летнего мужа. Она была плавчихой, гимнасткой, но самыми любимыми занятиями стали скалолазание и горные лыжи. И тем не менее, свод болезней Лени Рифеншталь занял бы не одну страницу. Первую операцию она перенесла в 19 лет: во время игры в теннис почувствовала такой приступ желчных колик, что потеряла сознание. В клинике ей удалили желчный пузырь, тогда это были редкие операции; врачи извлекли у юной особы несколько камней величиной с грецкий орех. Через несколько дней Лени уже танцевала. Спорт не только укреплял здоровье: она трижды ломала ноги, сначала обе лодыжки, затем кость плюсны, и эти боли ощущала еще много лет спустя.

Восхождение. Лени увлеклась танцем, и это стало страстью. Чтобы танцевать на сцене, пришлось уйти из дома: отец категорически не принимал такую «профессию» дочери. Ей сразу же предложили первые роли в немом кино, но она отказала — танец завладел ее жизнью. Несчастье произошло в Праге, где она при полном аншлаге танцевала в зале, где до нее блистала Анна Павлова. При выполнении высокого прыжка она почувствовала резкую боль в колене, и едва продержалась до конца выступления. Чудом она танцевала еще несколько вечеров, а затем приговор: растяжение связок, операция невозможна — покой и только покой. Теперь она передвигалась только с тростью. Во время вынужденного безделья она увидела в кинотеатре фильм о горах, и заболела ими навсегда. Ее напор позволил познакомиться с режиссером этого фильма, и она стала его актрисой и звездой. Но боли в колене мешали всем планам. Наконец-то был сделан снимок: в мениске из-за трещины образовался хрящевой нарост, требовавший немедленного удаления. Подобной практики еще не было, ее предупредили, что функции колена могут не восстановиться, но выбора не было, и Лени дала согласие. Выздоровление заняло 3 месяца: врачи совершили чудо. Начались съемки фильма, сделавшего ее невероятно популярной! Режиссер Фанк, безответно влюбленный в Лени, подарил ей велосипед, на который она села впервые. Спуск с крутого склона чудом не закончился очередной трагедией: Лени отделалась лишь сотрясением мозга и царапинами. Но все это были явочки, ибо впереди ждал спуск с гор на горных лыжах: каскадеры не предусматривались. Результат первого спуска — перелом лодыжки в 2 местах. Но фильм они сняли, мало того, здесь Лени, впервые посмотрев в глазок кинокамеры, почувствовала вкус к режиссуре. А горные лыжи остались страстью на всю жизнь.

Для своего следующего фильма Лени должна была научиться лазать по горам. Какое удовольствие ей это доставляло! На многие годы это занятие будет для нее необходимым. В то время актеры все делали сами, процесс съемок был очень сложным, требования — жесткими, режиссеры — беспощадными. В одном из фильмов Лени играла, будучи больна дифтерией, при высокой температуре, и только помощь врача помогала как-то справиться с ролью. Лени отдыхала в спорте. Ее рецепт выхода из тупиковых ситуаций — скалолазание. Она предпочитала его даже горнолыжному спорту, потому что здесь они были только вдвоем: человек и гора. Экстремальный спорт и высочайшие нагрузки не могли не отразиться на здоровье. На съемках фильма «Белый ад Пицц-Палю» Рифеншталь должна была по сценарию часами сидеть, закопавшись в снег. Результат предсказуем — цистит, жестоко мучивший ее многие десятилетия.

Лени и фюрер. В 1932 г. состоялась роковая для Лени Рифеншталь встреча с Гитлером. Его пламенное выступление на стадионе перед своими поклонниками так вдохновило Лени, что она написала ему письмо, мало надеясь на ответ. Но это имя фюрер знал. Без его «любви» Лени вряд ли удалось сделать то, что сделала. Несмотря на многие чинимые в

Третьем рейхе препятствия (у нее было много недругов), имя фюрера открывало любые двери и было абсолютной защитой от недоброжелателей. А среди них был страшный враг — Геббельс, долго домогавшийся ее благосклонности, но отвергнутый.

Лени отмечала, что никогда ей не приходилось встречать человека, обладавшего такой силой убеждения и такой силой влияния на людей. Для нее, более всего любившей свободу, это стало поводом избегать встреч, так боялась она сокрушительного притяжения фюрера. Но жизнь до войны



102 года Лени Рифеншталь

сводила их не раз, и наблюдательная Рифеншталь сделала много замечаний о своем фюрере: он не понимал живописи, ненавидел гомосексуалистов, любил только одну женщину (племянницу, которая покончила с собой, узнав о его встречах с Евой Браун).

Тесты на выносливость. Впрочем, еще до начала войны Лени выпала из поля зрения и Гитлера, и Третьего рейха, ибо снималась в Гренландии. Съемки были впечатляющие, но изнурительные. Актеры все делали сами, ради фильма неоднократно рискуя жизнью. И это не замедлило отразиться на здоровье неистовой актрисы, началось обострение цистита и острая боль в ноге. Доктор, проводивший обследование сказал, что мочевого пузыря поврежден так сильно, что она никогда не избавится полностью от этого тяжелого заболевания. Так и случилось. Рифеншталь всегда работала как одержимая. Монтируя свой фильм «Олимпия», вознесший ее так высоко, она с командой просматривала и оценивала ежедневно тысячи метров пленки. Работа никогда не заканчивалась раньше 2 часов ночи, и волнения провоцировали застарелые болезни. Приступы уже не купировались, и Лени пришлось лечь в больницу. Однако после 3 недель болезни только обострилась. Доктор посоветовал отправиться в горы, расслабиться и попытаться выздороветь. Но в поезде случился приступ, пришлось сойти в Мюнхене и отправиться к известному урологу Л. Киллейтнеру. Его диагноз был приговором: помочь не сможет даже операция. Впереди были только болеутоляющие, которые Лени почти не переносила, особенно морфий.

Но ждала очередная работа. С помощью уколов камфары, внутривенных инъекций новальгина ее поддерживали в рабочем состоянии, укутывали в одеяла, обкладывали грелками. Боли были столь сильны, что как актриса уже сниматься не могла: так изменилось лицо. Она работала как режиссер. Лечить пробовали всем... Появился Гитлер, предлогив своего врача, доктора Морелля (которого позже подозревали в медленном отравлении своего пациента). Ничего не менялось, приступы не прекращались, и жизнь становилась невыносимой. На какое-то время помог гомеопат (Доктор Ройтер был одним из лечащих врачей Рудольфа Гесса), который стал лечить акупунктурой и втирал ей в запястья какие-то мази, и — о чудо — боль отступила.

Роковые годы. Шла война. Лени записала, что перестала верить в победу, как только узнала о начале войны с Россией. Рифеншталь преклонялась перед русским искусством и хорошо знала его. Ей невыносимо было слышать от Гитлера, когда он называл русских «недочеловеками» и отрицал право на существование евреев. Она активно работала над съемками фильма «Долина». Опять начались приступы колик, и справиться с ними не было никакой возможности. Помочь не смог никто, ведь антибиотиков в то время еще не было. Однажды в поезде, переполненном солдатами и беженцами, ей пришлось простоять всю дорогу, стиснутой пассажирами, началось кровотечение. Солдат, заметивший это, поставил ей между ног стальную каску, но сестра все равно не удалось.

После войны для Лени Рифеншталь началась совсем другая жизнь. Теперь ее имя стало синонимом фашизма, общаться с ней отваживались немногие, профессиональная деятельность была запрещена, имущество конфисковано. У Рифеншталь был железный характер, и впоследствии она выиграла все суды, отвергнув все обвинения, но это ничего не изменило.

Несколько месяцев она провела во французской тюрьме. Казалось, жизнь кончена, и Лени серьезно помышляла об уходе. Однажды «сочувствующий» тюремщик принес тоненькую брошюрку, в которой подробно описывались все виды самоубийств. Но ничего подходящего в камере не было, а желание умереть росло с каждым днем. Тюремщик вызвался-таки помочь, пообещав принести яду. В награду он попросил... станцевать с ним танго. Эта безумная нелепость

ИнтерНьюс

Током их, током

Щадящий электрический разряд способен помочь людям с преобладающей правой рукой наконец-то улучшить свои левосторонние навыки — к такому выводу пришли специалисты из Гарвардской медицинской школы (HMS). Американские ученые решили выяснить, что же в конце концов мешает мозгу симметрично управлять конечностями. Для этого они призвали на помощь 16 взрослых добровольцев-правшей и опробовали на них относительно новую методику «пыток» — транскраниальную стимуляцию постоянным током (tDCS). Технология эта позволяет обеспечить неинвазивное и локальное воздействие. К скальпу пациента подводится слабый разряд, который оказывает влияние на состояние нейронов и в какой-то степени позволяет ими управлять: нервные клетки активизируются преимущественно в точке приложения напряжения. Американцы последовательно воздействовали на двигательную область коры головного мозга (motor cortex) подопытных — с правой стороны, с левой или с обеих сразу. Какая область подверглась стимуляции, участники эксперимента при этом не знали. После каждого раунда процедуры им предлагали набить несколько чисел на клавиатуре левой рукой. Оказалось, что при односторонней «электрификации» результативность выросла на 16%, а если «поджаривали» оба двигательных участка коры — на целых 24%. Впрочем, когда после серии опытов добровольцам сообщали о стимуляции, но на деле ее не было (так называемое ложное воздействие), эффективность левостороннего набора все равно увеличивалась — на 12%.

Источник: LiveScience

Силиконовые имплантаты приводят к развитию лимфомы

Женщины, которые хотят увеличить размер груди при помощи силиконовых имплантатов, подвергаются риску развития редкой формы лимфомы. В большинстве случаев после операции может развиться Т-клеточная лимфома, характеризующаяся быстрым ростом опухоли и неблагоприятным прогнозом лечения. Как правило, такая форма лимфомы чрезвычайно редко встречается и составляет менее 3% опухолей. Авторы исследования из Института рака в Амстердаме собрали национальную базу данных, включающую все случаи лимфомы груди, диагностированные в период между 1990 и 2006 гг. Онкологи доказали, что наличие грудных имплантатов в 18 раз повышало риск Т-клеточной лимфомы. Операция по увеличению груди с применением силикона десятилетия назад породила продолжительные споры в медицинском сообществе. Имплантаты были удалены с рынка в 1992 г., так как уже тогда специалисты подозревали, что они могут вызвать рак или некоторые аутоиммунные расстройства. Однако в 2006 г. Американская администрация по продуктам питания и лекарствам отменила 14-летний запрет на коммерческое использование имплантатов, разрешив двум компаниям применять их в хирургии для женщин старше 22 лет.

Источник: Ami-tass.ru

Наконец сотрудники ГИБДД смогут принимать роды

Патрульные машины дорожно-постовой службы (ДПС) в Подмоскowie оснастят новыми медицинскими наборами для оказания первой помощи пострадавшим в автоавариях, позволяющими произвести искусственную вентиляцию легких и даже принять роды. Медицинский набор собран в герметичном кейсе, изготовленном из сверхстойкого к ударным нагрузкам материала. Вес кейса составляет шесть килограммов. При разработке этой аптечки учитывались требования сотрудников ГИБДД, принимавших участие в оказании первой помощи на месте автоаварий. По мнению специалистов, оснащение патрульных машин ДПС такими медицинскими наборами значительно повысит эффективность оказания первой медицинской помощи и дальнейшей реабилитации пострадавших. Планируется, что оснащение патрульных машин аптечками нового образца начнется в ближайшее время.

Источник: GZT.ru

ИнтерНьюс

Расти трахея

30-летняя испанка Клаудиа Кастильо превосходно чувствует себя через 5 месяцев после пересадки ей участка трахеи, выращенного из ее собственных стволовых клеток. Это дало медикам основание заявить о полном успехе уникальной операции. Мать двоих детей нуждалась в операции, поскольку ее левый бронх был поражен в результате заболевания туберкулезом. Трансплантат изготовили по сложной технологии: взяли трахею недавно умершего человека, при помощи химических препаратов удалили содержащиеся в ней живые клетки, и взамен ввели в волокнистую белковую ткань стволовые клетки, взятые из костного мозга пациентки. Затем «заготовку» поместили в специальный биореактор, где клетки развивались на протяжении 4 дней, после чего она была готова для пересадки. Уже через 4 дня после операции пересаженный орган начал функционировать. Через месяц его кровоснабжение полностью наладилось. Профессор Паоло Макиарини проперировал больную в июне в барселонской клинике. «Сказать по правде, мне было страшно, — говорит он. — Прежде мы проводили подобные эксперименты только на свиньях». «Большая наслаждается нормальной жизнью, и это самый большой подарок для нас, врачей», — говорит профессор. Британский медицинский журнал «Ланцет» назвал операцию прорывом в использовании стволовых клеток. Профессор Бристольского университета Мартин Бирчал, который участвовал в выращивании искусственного органа вместе с испанскими коллегами, считает, что через 20 лет по этой технологии можно будет изготавливать любые «запчасти» для организма. Каждый год в Европе раком гортани заболевают 50—60 тысяч человек, и примерно половине из них новая технология может дать шанс на спасение. Группа итальянских медиков из Падуанского университета и Миланского политехнического института обратилась за финансированием программы по выращиванию трансплантов трахеи и голосовых связок для пересадки пациентам, страдающим раком гортани. По их словам, клинические испытания могут начаться через 5 лет.

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

Все что горит

Международное исследование, проведенное в 17 городах России, обнаружило, что непищевая алкогольная продукция, содержащая большое количество спирта продолжает быть широко доступной и дешевой по сравнению с водкой. Примерами такой продукции могут служить медицинские настойки, одеколоны, некоторые антифризы и другие не предназначенные для употребления в качестве спиртного алкогольсодержащие жидкости. По словам соавтора исследования, профессора эпидемиологии из Лондонской школы гигиены и тропической медицины Д. Лео-на, предыдущие исследования показали, что уровень потребления непищевого алкоголя в России не очень высок — за год, предшествующий опросу, его пили с той или иной частотой примерно 7% мужчин трудоспособного возраста. Употребление таких жидкостей, по мнению исследователей, связано с распадом семей, потерей работы и бедностью. Оно служит четким предиктором смертности, указывая на то, что потребитель находится на последней стадии длительного регулярного рискованного пьянства. Собирая данные для исследования, полевые работники совершили рейд по аптекам и магазинам в 17 городах различных регионов России, за исключением Дальнего Востока. Их задачей было приобретать непищевую алкоголь с содержанием спирта не менее 60% по цене 10—15 рублей за бутылку. Оказалось, что алкогольсодержащие жидкости продолжают быть широко доступными повсеместно, однако благодаря федеральному закону от 2006 г. снизилось распространение дешевых одеколонов, и основная масса непищевого алкоголя приходится на аптечные спиртовые настойки со средним содержанием спирта 78%. Исследователи из Великобритании и Швеции отметили, что подобная ситуация имеет место и в некоторых других европейских странах, например, в Финляндии. Наибольшую озабоченность вызывает тот факт, что непищевой алкоголь дешевле обычной водки. Это свидетельствует о том, что закон 2006 г. полностью с поставленной задачей не справляется. Нельзя не отметить, что несколько месяцев назад Росздравнадзор выразил обеспокоенность масштабами нелегального оборота спиртосодержащих лекарственных средств. Как выяснилось в результате масштабных проверок, количество некоторых спиртовых настоек медицинского назначения в аптеках превышает официально произведенное в несколько раз.

Источник: gzt.ru

Начало на стр. 7 ↗

заставила Лени трезво посмотреть на ситуацию и выстоять. Друзья и мать сумели на этот раз выволочь ее из тюрьмы. Но вызовы не прекращались, и на одном из допросов, когда ей пригрозили, что расправятся с матерью, она вцепилась зубами в шею своего инквизитора. С ней это случится еще раз, спустя годы, когда возобновятся процессы над бывшим конфидентом Гитлера: ярости ей было не занимать. Депрессия усиливалась. Расставание с мужем оказалось неизбежным, и вот апофеоз катастрофы — ее тайно отправляют в психиатрическую лечебницу. Здесь ей делали электрошок, и даже спустя годы Рифеншталь не любила этих воспоминаний. Выпустили ее через 3 месяца.

Изоляция и болезни. Жизнь продолжалась. Лени хваталась за каждую возможность работать, но ни одному ее проекту не суждено было сбыться. Ее громкое имя стало проклятием. Часто приходилось голодать, но все же оставались немногие друзья, которые пытались помочь и скрасить жизнь. В начале 50-х ее познакомили с чудо-доктором, домашним врачом итальянской королевской семьи. Он терпеливо выслушал длинную историю ее болезни и даже не стал осматривать свою пациентку, объявив, что у нее прогрессирующий цистит, не поддающийся лечению обычными средствами. Мочевой пузырь десятилетиями разрушался коли-бактериями, и миллионы их расположились в глубоких складках больного органа. Необходимо в течение 2 месяцев вводить стрептомицин. Доктор вылечил ее, но не было чем заплатить своему спасителю.

Не имея возможности работать в профессии, она направила всю свою неуемную энергию на другие виды деятельности. Она влюбилась в Африку, и многие годы посвятила этому континенту. В это время ей было за пятьдесят. Африка началась со страшной автомобильной аварии, в которой ей удалось выжить чудом. Какие в Африке больницы! Штупальной иглой ей зашили рану на голове, а через 4 дня прилетел одномоторный самолет и пилот, посмотрев на Лени, сказал, что не стоило тратить деньги на транспортировку этой дамы, ибо живой ее привезти не удастся. В Найроби ее положили в отделение для умирающих, и врачи своим вниманием «ухаживают» больше не беспокоили. Но Лени не собиралась так рано покидать этот мир. Однако, английских сестер милосердия никак нельзя было упрекнуть в избытке сострадания. Ни до еды, ни до колокольчика невозможно было дотянуться, а когда трубка выпадала изо рта, она терпела жуткие боли, пока случайно на нее не обратили внимание. Какой-то посетитель заметил на это: «Здесь нельзя болеть». Ее состояние ухудшалось, ежедневно Лени вводили в плевру длинную толстую иглу, отсасывали из нее воздух, а врачи уговаривали согласиться на операцию: легкое сморщилось, так как было повреждено обломками ребер. Но в жизни Лени чаще следовало чувству, чем разуму. Легкое расправилось само собой. После 6 недель она уже делала первые шаги.

Наркотики. Жизнь не щадит своих избранных. Фильм, который она мечтала снять в Африке, вновь был отвергнут. Лени писала: «После окончания войны удача отвернулась от меня, жизнь превратилась в ежедневную борьбу за существование. Если бы не мать, я бы давно свела счеты с жизнью». Очередное нервное расстройство лечили уже в Германии. Тревогу вызывали серьезные нарушения сердечной деятельности, ей делали уколы, приносявшие облегчение. Что это были за уколы, она узнала только при выписке. Перед уходом из больницы лечащий доктор передал ей упаковку из 12 ампул, сказав, что постепенно она должна отказаться от инъекций: это был наркотик. Дома Лени разбила все ампулы, так она боялась зависимости. Дни без лекарств были ужасны, только через неделю она смогла преодолеть кризис. Позже она писала, что, когда видит по телевизору наркоманов, у нее от страха холодеют руки.

Она отправилась в любимую Африку с этнографической экспедицией. Ей было уже 60, но благодаря занятиям балетом, альпинизмом и горными лыжами, она была отлично

натренирована и готова переносить походные трудности. Впереди была цель, и исчезли физические боли. Эта экспедиция открыла миру и новую Лени Рифеншталь, и новый африканский континент, вернее, его обитателей. О племени нуба, с которым затем многие годы была связана жизнь Лени, мир узнал из ее фотоальбомов. Но каких это стоило ей сил! Сколько раз она падала в обмороки под палящим африканским небом, при отсутствии воды и колоссальных физических нагрузках! Экспедиция заняла почти год, и когда Лени вернулась в Германию, мать не узнала ее, так изменилась дочь. Только после долгих месяцев специального лечения ее прежний вес постепенно восстановился.

Преследование травмами. Надо отдать должное Лени, после тяжелого труда она всегда организовывала себе отменный отдых. После Африки она отправилась на Капри. Но здесь она сломала плечо. Как будто ничего особенного на фоне ее болезни и травм, но все оказалось сложное, и рукой двигать она не могла. Выздоровление затянулось на долгие месяцы. Но ее звали горы, и она отправилась в Сан-Мориц. Здесь — очередная травма — перелом шейки бедра.

Ей 75 лет, искусственный сустав ей не вставили, соединив место перелома металлическими спицами. Она быстро привыкла к костылям, и рентген показал, что все замечательно срослось. В бассейне она ежедневно делала лечебную гимнастику, подвижность сустава стала лучше, но появились невыносимые боли. Сильные болеутоляющие угнетали психику и мешали работать. Боли усиливались. Через 8 месяцев после перелома они не проходили, только в воде Лени отдыхала от мучений. Доктора советовали вытащить спицы, но не давали гарантии благополучного исхода.

Боли были невыносимыми, ночи — без сна, и Лени решила сбежать на Мальдивы. Подводный мир привлекал ее давно, здесь она находила отдохновение. После нескольких погружений она почувствовала себя заново рожденной. Плавая, она не чувствовала боли, к тому же, можно было заниматься любимым делом — съемками. Но в Германии, куда Лени вернулась, чтобы продолжить работу над альбомом «Моя Африка», боли вновь вернулись, да как! Все это происходило накануне ее 80-летия. Наконец, настал день, когда она не смогла подняться с кресла. Третья операция на бедре стала неизбежной. Компьютерная томография показала, что за это время образовался некроз головки тазобедренного сустава, и необходимо было вставить искусственный сустав. Все прошло безукоризненно, но боли никуда не ушли. Стали подозревать их причину в повреждении межпозвоночного диска. Нужно было запастись терпением, смириться и жить с болями. И снова — работа. Свое 80-летие Лени все-таки отпраздновала, дав себе клятву написать мемуары. Это стоило ей 5 лет жизни: огромный труд, масса материала, сотни имен, она стала заложницей своей работы. Но она решила сказать СВОЮ правду о своей жизни.

Время от времени ее приглашали читать лекции в киноинституты, награждали на фестивалях (за «Олимпию» и «вклад в киноискусство»), проходили выставки ее фотографий (африканские, подводные, кадры из «Олимпии»). Ее выставки и выступления неизбежно вызывали протесты. На всем, связанном с фамилией Рифеншталь, стоит клеймо «фашистская эстетика». «Я не понимаю, что такое фашистская эстетика», «когда художник творит, он не может думать о политике» — Лени продолжала оправдываться. Последние годы Рифеншталь жила недалеко от Мюнхена. К своему столетию Лени сняла новый фильм — 45-минутную документальную ленту, рассказывающую о подводной жизни в Индийском океане. Для съемок фильма в период между 1974 и 2000 гг. Рифеншталь предприняла более 2 тыс. погружений под воду, чтобы запечатлеть на пленку редких рыб и растения. Столетие она отмечала с размахом. В отеле на берегу Штарнбергерзее было приглашено более 100 гостей, подавали копченую рыбу, утку в трюфельном соусе и шампанское. К гостям Лени Рифеншталь вышла в платье со смелым разрезом...

Елена Казеннова

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

26 мая 2008 года Федеральный фонд обязательного медицинского страхования принял Приказ № 111 «Об организации контроля объемов и качества медицинской помощи при осуществлении обязательного медицинского страхования», в котором утверждены и соответствующие Методические рекомендации.

В сообщении ФФОМС об этом приказе указано, что согласно письму Минюста РФ от 06.06.2008 № 01/5732-АБ данный приказ в регистрации не нуждается. О том, нуждается ли он в такой регистрации или нет, подискутируем позже, но в целом данный приказ во многом не выдерживает юридической критики и подлежит отмене в том виде, в котором он принят.

Противозаконная экспертиза качества медицинской помощи

А.В. Саверский

Прежде всего, следует отметить, что он не учитывает понятия «врачебная тайна».

Так, согласно п. 4 Методических рекомендаций: «В целях организации контроля объемов и качества медицинской помощи рекомендуется в договоре, заключаемом медицинской организацией со страховой медицинской организацией (СМО), предусматривать, что медицинская организация на время проведения экспертной проверки предоставляет эксперту всю необходимую документацию, включая первичную медицинскую документацию (медицинскую карту амбулаторного больного, медицинскую карту стационарного больного, историю родов, историю развития ребенка, журнал учета оказания платных медицинских услуг и др.) и результаты экспертизы, проводимой медицинской организацией, органом управления здравоохранения субъекта».

Аналогичный порядок содержится в п.п. 7 и 8 Методических рекомендаций.

Между тем, согласно п. 6 ст. 30 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан пациент имеет право на «сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при обследовании и лечении пациента».

Согласно ст. 61 Основ «Информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья гражданина, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении, составляют врачебную тайну».

В этой же статье дан исчерпывающий перечень случаев, когда тайна может быть нарушена:

«Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя допускается:

- 1) в целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю;
- 2) при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений;
- 3) по запросу органов дознания и следствия и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством;
- 4) в случае оказания помощи несовершеннолетнему в возрасте, установленном частью второй статьи 24 настоящих Основ, для информирования его родителей или законных представителей;
- 5) при наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных действий;
- 6) в целях проведения военно-врачебной экспертизы в порядке, установленном положением о военно-врачебной экспертизе, утверждаемым Правительством Российской Федерации».

Очевидно, что никаких страховых компаний и даже ФФОМСа данный перечень не содержит. Таким образом, утвержденные Методические рекомендации напрямую нарушают не только вышеприведенные нормы федерального закона, но и основополагающее, конституционное право граждан на личную тайну (ч. 1 ст. 23 Конституции РФ), к которой относится и врачебная тайна.

Более того, требование ФФОМС, чтобы «В целях организации контроля объемов и качества медицинской помощи рекомендуется в договоре, заключаемом медицинской организацией со страховой медицинскими организациями, предусматривать...» — неправомерно изначально, поскольку медицинская организация не вправе разглашать далее перечисленные сведения, в частности и потому, что та же ст. 61 Основ декларирует, что: «Гражданину должна быть подтверждена гарантия конфиденциальности передаваемых им сведений».

Тогда ФФОМС, совершенно не имея для того каких бы то ни было оснований, вмешивается в отношения субъектов гражданского права и предписывает им нарушить закон.

Согласно п. 21 Устава ФФОМС (в ред. Постановлений Правительства РФ от 16.12.2004 № 795, от 30.12.2006 № 861): «21. Директор Федерального фонда: ...8) по вопросам, относящимся к компетенции Федерального фонда, утверждает нормативно-методические документы, обязательные для исполнения территориальными фондами обязательного медицинского страхования и страховыми медицинскими организациями, входящими в систему обязательного медицинского страхования».

Однако медицинские организации, являющиеся стороной договора, не обязаны подчиняться ФФОМСу и его

приказам. Они, в основном, подчиняются своим собственникам — исполнительной власти субъекта РФ. Таким образом, ФФОМС пытается напрямую указывать учреждениям субъектов РФ и учреждениям муниципалитетов, как им заключать договор со страховыми медицинскими организациями. А, как уже было показано, именно медицинские организации обязаны гарантировать гражданину конфиденциальность.

Более того, в связи с принятием ст. 5.1 Основ (вступила в силу 01.01.2008.), где сказано, что «К полномочиям Российской Федерации в области охраны здоровья граждан, переданным для осуществления органам государственной власти субъектов Российской Федерации, относятся следующие полномочия: 1) осуществление контроля за соответствием качества оказываемой медицинской помощи установленным федеральным стандартам в сфере здравоохранения (за исключением контроля качества высокотехнологичной медицинской помощи, а также медицинской помощи, оказываемой в федеральных организациях здравоохранения)», — можно сделать вывод о том, что, игнорируя законодателя, ФФОМС вмешался в отношения между федеральным центром и субъектом РФ.

Здесь возможно возражение, что страховые медицинские организации обязаны в силу ст. 15 ФЗ РФ от 28.06.1991 № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» «контролировать объем, сроки и качество медицинской помощи в соответствии с условиями договора». Да, обязаны, но: 1) ст. 5.1 Основ была принята Федеральным законом № 258-ФЗ от 29 декабря 2006 г. и вступила в силу с 1 января 2008 г., а ст. 15 ФЗ РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» не менялась с 1993 г., а по общему правилу действует последняя норма; 2) порядок проведения контроля не должен нарушать основополагающих норм закона, а договор, на который ссылается закон, не может нарушать требования закона о врачебной тайне.

В приведенных нормах о контроле и врачебной тайне даже нет коллизии, поскольку закон нигде не говорит, что контроль может вестись с нарушением врачебной тайны.

Между тем, он может и должен вестись, во-первых, когда информация может быть и должна быть деперсонифицирована, и тогда о передаче первичных документов в страховые медицинские организации речи быть не может. Во-вторых, у пациента можно получить согласие на проведение контроля, и сделать контроль легитимным в полном объеме.

Но здесь, может быть, и скрывается причина, по которой этого не сделано до сих пор. Системе ОМС это не выгодно, потому что тогда пациент потребует у нее отчета за ее работу и отчета по проведенным проверкам, а там ситуация очень интересная.

Как уже говорилось, страховые компании обязаны: контролировать объем, сроки и качество медицинской помощи в соответствии с условиями договора; защищать интересы застрахованных. Согласно той же статье СМО обязаны «заключать договоры с медицинскими учреждениями на оказание медицинской помощи застрахованным по обязательному медицинскому страхованию».

Налицо прямой конфликт интересов страховых медицинских организаций: с одной стороны, договор с медицинской организацией, у которой десятки тысяч прикрепленных пациентов, и с которой не выгодно ссориться всерьез во избежание ее перехода к другой страховой медицинской организации; с другой стороны, обязанность защищать всего лишь одного застрахованного из этих десятков тысяч. Даже без цифр ясно, что в конфликте между пациентом и медицинской организацией страховая организация займет сторону медицинской организации. При этом страховая медицинская организация использует право контроля качества медицинской помощи в целях наложения штрафа на медицинские организации, однако это никоим образом не касается защиты прав пациента, потому что пациент об этом даже не знает. Защищать права застрахованных страховым медицинским организациям экономически выгодно только в своих интересах, а не в интересах застрахованных.

Это и показывают цифры ФФОМС¹:

«Из 70300 обоснованных жалоб, признанных таковыми и разрешенных в досудебном порядке, 65,9% случаев рассмотрено СМО (46345) и удовлетворено 63258 обращений (90%), в т. ч. 15644 с материальным возмещением, что составило 24,7% к числу удовлетворенных обращений. Сумма возмещения ущерба составила 26,3 млн. руб., или в среднем 1679,7 руб. на один случай (2005 г. — сумма возмещения составила 33,2 млн. руб., или в среднем 1423,2 руб. на один случай)».

В тоже время: «В ходе проведения экспертизы качества медицинской помощи в 2006 году выявлено 4,8 млн. нарушений, или 6 нарушений на каждые 10 проведенных экспертиз (2005 г. — 3,6 млн. или 4,8 нарушений на 10 проведенных экспертиз).

Основными нарушениями, выявленными при проведении экспертизы качества медицинской помощи, являются:

¹ Письмо Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 29 июня 2007 г. N 4848/30-3/и «О состоянии защиты прав граждан в системе ОМС в 2006 году» Информационно-аналитическая справка «О состоянии защиты прав граждан в системе обязательного медицинского страхования в Российской Федерации в 2006 году».

ИнтерНьюс

Грязные пробирки

Результаты анализов, полученные в оснащенных по последнему слову техники современных биомедицинских лабораториях, вряд ли у кого-то вызывают сомнения. Врачи-диагносты не перестают повторять, что вероятность ошибки равна нулю, ведь анализы проводятся в стерильных условиях с использованием одноразовых шприцев и пробирок. Однако недавно канадские ученые разоблачили миф о стопроцентной достоверности лабораторных анализов и поставили под сомнение результаты многих биохимических исследований, проводившихся в последние годы. Биохимик Э. Хольт из университета Альберты обнаружил, что пробирки из пластика, используемые для сбора и хранения биологического материала, могут блокировать некоторые естественные биологические реакции, что приводит к искажению результатов исследования. Специалисты установили, что токсичные вещества, выделяемые пластиком, способны, например, ослабить действие лекарств. В результате данные анализа, к примеру, на наличие аллергии у пациента на медицинский препарат, будут искажены, и человек будет принимать лекарство, даже не зная, что оно ему противопоказано. «Сотрудники лаборатории работают с веществами, массовая доля которых в организме человека исчисляется в микрограммах. А теперь представьте, что хотя бы миллиграмм чистящего средства попал в пробирку с материалом. Все. Результаты исследования будут непоправимо искажены, а значит, и диагноз. Так что проблема, связанная с искажениями результатов из-за влияния на биологический материал агентов пластиковых пробирок, стоит перед медиками очень остро», — рассказывает доктор медицинских наук, профессор, заведующий лабораторией гормонального анализа Эндокринологического научного центра РАМН Н. Гончаров. — А из-за того что производством инструментов для лаборатории занимаются не только крупные и проверенные компании, но и кустарные фирмы, застраховаться от того, что пробирки будут загрязнять сыворотку химикатами, невозможно. Подобная ситуация просто недопустима». Кстати, дефект пластиковых пробирок был обнаружен случайно. Изучая фермент моноаминоксидазу, который отвечает за метаболизм гормонов и разрушение опасных биологически активных веществ, Хольт постоянно получал разные данные. Удостоверившись в исправности всех приборов, биохимики заподозрили в искажении результатов лабораторные пробирки и, протестировав несколько пластиковых емкостей, обнаружили, что вещества, присутствующие на стенках пробирок, блокируют активность фермента МАО на 40%. Оказалось, что на внутренней стороне пластиковой колбы присутствовали следы антимикробного вещества и водоотталкивающего химиката, которые производитель намеренно добавил в пластик. Выделяемый пробиркой олеамид — смазочный материал органического происхождения, который используется при производстве пластиковой посуды, — угнетал активность фермента, способствуя искажению результатов. Кроме того, вступая во взаимодействие с нервными клетками и клетками иммунной системы, олеамид, по мнению экспертов, подпортил немало исследований, касающихся иммунитета и нервной системы. Впрочем, не все так однозначно. «Если пробирки сделаны из качественной пластмассы и при соблюдении всех технологических норм, никаких чужеродных токсичных агентов в анализ выделяться не будет», — отметил кандидат медицинских наук, доцент кафедры биохимии РГМУ Н. Адрианов. — Однако в любом массовом производстве встречаются подделки, из-за которых некоторые показатели могут отличаться от правительных в десятки раз! Так что если анализы показывают многократное увеличение или снижение биохимических параметров, нужно непременно сдать повторный анализ в другой лаборатории». Между тем ученые обнаружили, что не только пробирки, но и другие медицинские инструменты из пластика могут влиять на биохимические показатели. Пипетки и шприцы точно так же, как и пробирки, могут подавлять активность ферментов, а вот пластиковые чашки, наоборот, усиливают активность белков и, в частности, интересовавшего ученых фермента МАО. Поэтому неудивительно, что полученные результаты искажались на протяжении всего исследовательского цикла. Это разоблачение заставило ученых задуматься о том, что, возможно, многие проблемы, с которыми сталкиваются генетики и микробиологи при выращивании клеточных культур в лабораторных условиях, связаны именно с влиянием материала пробирок.

Напомним справедливости ради, что стеклянные пробирки также не были лишены многих отрицательных эффектов, причем они — эффекты — менялись от производителя к производителю.

Источник: портал «Вечная молодость» <http://www.vechnayamolodost.ru>

ИнтерНьюс

Безопасность лечения?

Бразильским врачам удалось вылечить 15-летнего подростка, госпитализированного с симптомами бешенства. Это 3 в мире подтвержденный случай, когда человеку удалось выздороветь от этого заболевания без использования вакцины. Подросток, имя которого пока не раскрывается, заразился бешенством в результате укуса летучей мыши в бразильском штате Пернамбуку. По неизвестным причинам мальчику не проводилась вакцинация. В октябре у ребенка появились симптомы поражения нервной системы, характерные для бешенства, и он был госпитализирован в Университетскую больницу Освальдо Круза (Oswaldo Cruz University Hospital) в Ресифи, столице штата Пернамбуку. Для лечения мальчика врачи использовали комбинацию противовирусных препаратов, седативных средств и инъекционных анестетиков. Эта методика, известная как «протокол Милуоки», была впервые успешно применена в США в 2004 г. при лечении больной бешенством Джини Гис. По словам лечащих врачей, спустя месяц после начала лечения в крови мальчика отсутствует вирус. В настоящее время ребенок идет на поправку. В мире известно всего 8 случаев выздоровления людей от бешенства, среди которых 5 не были подтверждены лабораторно. Наиболее известен случай 15-летней американки Джини Гис, которую удалось вылечить от бешенства с помощью искусственно вызванной комы.

Источник: medportal.ru

Пожилые люди не должны отказываться от секса

Исследования половой жизни американцев в возрасте от 57 до 85 лет показали, что пожилым людям не только не нужно отказываться от секса, но, напротив, сексуальная активность помогает им оставаться здоровыми и позитивно настроенными. В США около 40% мужчин в возрасте от 75 до 85 лет, ведут половую жизнь, причем каждый четвертый из них занимается сексом по меньшей мере раз в неделю (у женщин показатель в этой возрастной группе скромнее — всего 17%). Долгие десятилетия медики вежливо обходили стороной вопрос о сексе в домах престарелых и об онанизме среди пожилых людей. Многие доктора, да и сами пациенты просто утверждали, что с годами секс сходит на нет. Результаты исследования предлагают другую версию: возраст сам по себе не влияет на наше половое влечение, скорее виноваты проблемы со здоровьем, побочные эффекты лекарств и отсутствие партнера. Иными словами, если мы с годами будем оставаться счастливыми, здоровыми и общительными, есть неплохие шансы на то, что мы сможем наслаждаться интимной близостью сколько угодно. Так, доктор Д. Морлей, профессор гериатрии из университета Сент-Луиса, рассказывает, что он сам делал протез пениса мужчине в возрасте 98 лет и тот применял его вполне успешно до 101 года. «Срок годности наших тел увеличивается. 30 лет назад врачи считали людей старше 60 старыми, — говорит Морлей, — сейчас большинство моих пациентов 80 и 90 лет». Если в 1900 г. средняя продолжительность жизни в США составляла 47 лет, то теперь это 75 лет для мужчин и 80 — для женщин. Теперь человек в возрасте 65 лет может смело ожидать, что проживет еще два десятилетия или около того. Естественно, что многие хотят наверстать те часы секса, что были «утрачены» ранее из-за стрессовой работы, плачущих детей или опасений забеременеть. В 2004 г. Э. Лауманн с группой исследователей из университета Чикаго начал масштабное исследование сексуальной жизни пожилых граждан, к которым в США относятся люди в возрасте от 57 до 85 лет. Окончательные результаты должны выявить существующие и будущие тенденции в этой области. Два промежуточных доклада уже опубликованы в американских медицинских журналах.

Источник: портал «Вечная молодость» <http://www.vechnayamolodost.ru>

Так вот почему женщины живут дольше

Домашняя работа — уборка, стирка, мойка посуды — отрицательно сказывается на психическом здоровье. Женщины ощущают это сильнее, чем мужчины, так как именно на их хрупкие плечи и приходится основная часть хлопот по дому. Об этом говорится в диссертации, защищенной в Стокгольмском университете. «Я и сама удивилась явному различию в самочувствии. Оно в значительной степени зависит от того, что женщины выполняют больше работы по дому, чем мужчины», — говорит социолог К. Бойе, проводившая исследование. Бойе проанализировала статистические данные условий жизни 5000 шведов за 4 года. Она обнаружила, что разница в самочувствии полов на 40% зависит от неравномерного распределения домашней работы. В среднем женщины нагружены ею в 3 раза больше, чем мужчины. Еще хуже дело обстоит в семьях, где оба супруга больше обычного заняты собственной карьерой: там представительницы прекрасного пола несут в 4 раза больше домашней нагрузки. По словам автора диссертации, выходом из сложившейся ситуации могут стать политические решения, облегчающие сильноному полу принятие решения по уходу в отпуск в связи с рождением ребенка. В таких случаях молодые отцы активнее начинают помогать по хозяйству и продолжают делать это и после возвращения на рабочие места.

Источник: АМИ-ТАСС

Начало на стр. 9

необоснованное завышение объема и стоимости оказанной медицинской помощи (53,7%), оказание медицинской помощи ненадлежащего качества 782, 4 тыс. (16,3%), действия, препятствующие проведению оценки качества медицинской помощи (12,6%), необоснованное назначение лекарственных средств по дополнительному лекарственному обеспечению отдельных категорий граждан (6,9%)...

При этом количество обращений граждан с жалобами на оказание медицинской помощи ненадлежащего качества в 2006 г. в сравнении с 2005 г. снизилось на 3% и составило 5482. Количество обоснованных жалоб снизилось на 10% и составило в 2006 г. 2738 против 3043 в 2005 г.».

Анализируя эти данные, можно сказать следующее. Во-первых, приведенные цифры указывают на интерес страховщиков к штрафам в отношении медицинских организаций за превышение объемов и стоимости медпомощи (53,7%), и это понятно, поскольку штрафы — это деньги. Эта работа по контролю качества медицинской помощи, как видно, — приоритет для страховых медицинских организаций, что и указывалось выше, и оставшиеся от штрафов деньги возмещаются не пациенту, а остаются в страховых медицинских организациях, пусть даже и частично.

Во-вторых, эти данные указывают на то, что в ходе экспертиз выявляется 782, 4 тыс. дефектов медицинской помощи, а жалоб от граждан на дефекты поступает всего лишь 5482. Таким образом, в подавляющей степени граждане остаются полностью в неведении относительно того, что им была оказана некачественная медицинская помощь, и каковы последствия этого для их здоровья, однако страховые медицинские организации интересуют лишь собственный интерес, т. е. штрафы.

В-третьих, указанное количество жалоб в страховые медицинские организации на качество медпомощи (5482) говорит о недоверии граждан к страховым медицинским организациям и к той системе защиты прав, которую страховые медицинские организации могут предложить. Отмечу, что в 2004 г. таких жалоб было около 10 тысяч (в 1999 г. — 9248 жалоб²), то есть за 2 года их число снизилось вдвое, и не стоит думать, будто причиной тому стало улучшение медицинской помощи, — число выявленных дефектов ясно указывают, что это не так.

В-четвертых, страховые медицинские организации не обращаются за защитой прав пациента в суд против медицинских организаций, что и является, пожалуй, важнейшим показателем их незаинтересованности в такой работе. По тем же данным ФФОМС, в 2006 г. страховые медицинские организации участвовали в 21 (!) судебном разбирательстве на стороне пациентов, и это при 782, 4 тыс. выявленных дефектов.

Удивление вызывает еще одна формулировка в п. 2 Методических рекомендаций: «Фонд в части организации контроля объемов и качества медицинской помощи в пределах своей компетенции может осуществлять: ...организацию работы межведомственного согласительного органа по контролю качества медицинской помощи в системе ОМС».

По общему правилу организация работы между ведомствами регулируется Правительством РФ, а никак не Фондом ОМС.

Следует отметить и еще ряд функций, которые ФФОМС присвоил себе и без права на то передал территориальным ФОМСам и страховым медицинским организациям в указанных Методических рекомендациях.

Так, в последнем абзаце п. 1 Методических рекомендаций сказано: «В настоящем документе содержатся методические рекомендации по проведению страховыми медицинскими организациями и территориальными фондами обязательного медицинского страхования (далее — Фонд) контроля объемов и качества медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями при осуществлении обязательного медицинского страхования».

Во-первых, в Положении «О территориальном фонде обязательного медицинского страхования»³ не упоминается функция контроля качества медицинской помощи, как и в ФЗ РФ «О медицинском страховании граждан в РФ». Таким образом, ТФОМС не имеют нормативно-правовых оснований для осуществления непосредственной деятельности по страхованию граждан. Такое право было дано филиалам ТФОМС только на 1993 г.⁴

Во-вторых, ни в одном нормативно-правовом документе у ТФОМСов нет права контролировать качество медицинской помощи. Поскольку же контроль проводится в отношении самостоятельных субъектов права (медицинских организаций), ФФОМС не вправе обязать их к этому. Это же касается и проведения различных экспертиз, о которых идет речь в Методических рекомендациях.

² Письмо ФФОМС от 3 мая 2000 г. № 2154/30-3и «О состоянии защиты прав граждан в системе обязательного медицинского страхования в 1999 году».

³ Постановление ВС РФ от 24.02.1993 № 4543-1 «О порядке финансирования обязательного медицинского страхования граждан на 1993 год» (вместе с «положением о федеральном фонде обязательного медицинского страхования», «положением о территориальном фонде обязательного медицинского страхования», «положением о порядке уплаты страховых взносов в федеральный и территориальные фонды обязательного медицинского страхования»).

⁴ «8. Разрешить в 1993 году филиалам территориальных фондов обязательного медицинского страхования в случаях отсутствия на соответствующих территориях медицинских страховых организаций осуществлять обязательное медицинское страхование граждан». (Там же, что и 3).

Например, в п. 2 «Фонд в части организации контроля объемов и качества медицинской помощи в пределах своей компетенции может осуществлять: ...контроль за деятельностью СМО по выполнению функций обеспечения права застрахованных на доступную, качественную медицинскую помощь в рамках программы ОМС, в том числе путем проведения метаэкспертизы».

Что такое метаэкспертиза? Почему ФФОМС решил, что ТФОМС вправе проводить такие экспертизы — не ясно.

Далее: «3. СМО в части организации контроля объемов и качества медицинской помощи в пределах своей компетенции может осуществлять:

организацию и проведение контроля объемов, сроков и экспертизу качества медицинской и лекарственной помощи, оказанной застрахованным гражданам медицинскими организациями, состоящими со СМО в договорных отношениях».

Те же самые вопросы: на каком основании ФФОМС полагает, что страховые медицинские организации вправе проводить экспертизы качества медицинской помощи? Ни в одном нормативно-правовом документе такого права у страховых медицинских организаций нет.

Более того, в соответствии с Положением о лицензировании медицинской деятельности, утвержденным Постановлением Правительства Российской Федерации от 22.01.2007 № 30, работы (услуги) по контролю качества медицинской помощи лицензируются, и работа страховых медицинских организаций без лицензий в этой части не может быть признана соответствующей нормам закона.

Неубедительным аргументом против этого довода является обязанность страховых медицинских организаций осуществлять контроль качества медицинской помощи в силу закона, поскольку, например, медицинские организации также создаются для оказания медицинской помощи (даже и в соответствии с ч. 1 ст. 41 Конституции РФ), что отражается и в их уставах, но они при этом получают лицензии (отмечу, — даже федеральные медицинские учреждения), потому что имеются лицензионные требования к осуществлению медицинской деятельности, — такие требования есть и к контролю качества медицинской помощи (последний является видом медицинской деятельности).

Росздравнадзору следовало бы принять меры к такому лицензированию и запрету соответствующей деятельности без лицензии.

Значительная часть Методических рекомендаций посвящена понятию экспертизы, ее видам, порядку проведения и т. п. Однако контроль за порядком производства медицинской экспертизы, а также контроль за производством, изготовлением, качеством, эффективностью, безопасностью, оборотом и порядком использования лекарственных средств возложен на Росздравнадзор⁵.

Получается, что ФФОМС опять вторгся на чужую правовую территорию, где ведется соответствующая работа. В этой ситуации Росздравнадзор вправе осуществить контроль в отношении принятых ФФОМС Методических указаний, поскольку они устанавливают порядок экспертизы качества медицинской помощи. Полагая, что с учетом изложенного основания для такого контроля имеются.

Постановление Правительства Российской Федерации от 13.08.1997 № 1009 «Об утверждении Правил подготовки нормативных правовых актов федеральных органов исполнительной власти и их государственной регистрации».

В соответствии с Постановлением № 1009 государственную регистрацию ведомственных нормативных правовых актов осуществляет Министерство юстиции Российской Федерации (далее — Минюст России). Определения нормативного правового акта и правовой нормы приводятся в Постановлении Государственной Думы Федерального собрания Российской Федерации от 11.11.1996 № 781-11 ГД «Об обращении в Конституционный Суд Российской Федерации»:

«Нормативный правовой акт — это письменный официальный документ, принятый (изданный) в определенной форме правотворческим органом в пределах его компетенции и направленный на установление, изменение или отмену правовых норм. В свою очередь, под правовой нормой принято понимать общеобязательное государственное предписание постоянного или временного характера, рассчитанное на многократное применение».

Направленные в Минюст России нормативные акты проходят проверку на необходимость их регистрации и ответственности действующему законодательству.

Государственной регистрации подлежат нормативные правовые акты федеральных органов исполнительной власти, затрагивающие права, свободы и обязанности человека и гражданина, устанавливающие правовой статус организаций, имеющие межведомственный характер, независимо от срока их действия, в том числе акты, содержащие сведения, составляющие государственную тайну или сведения конфиденциального характера.

Поскольку Методические рекомендации ФФОМС далеко выходят за рамки внутриведомственных вопросов ФФОМСа, касаясь вопросов врачебной тайны, правоотношений независимых субъектов гражданского права — медицинских организаций, — данные рекомендации могут быть обжалованы в суде, на них может быть принесен протест, и уже, как минимум, они должны пройти полноценную государственную регистрацию в Министерстве юстиции РФ с учетом всех изложенных в этом материале доводов.

⁵ Положение о Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения и социального развития» (утв. Постановлением Правительства РФ от 30 июня 2004 г. № 323).

Идея Дома (пансионата) Творческого Долголетия (ДомТД) разрабатывается двумя стареющими «исследователями жизни», супругами: Папэ Г.В. — журналист, культуролог и Подкосов Д.П. — историк, философ (канд. филос. наук, доцент). Излагаем концепцию в кратком варианте. Для начала отметим, что у человека с преобладающей заботой о материальном благополучии и у человека с доминантой творческого поиска есть различия в возрастной усталости от жизни. Подобно пословице «У одного горе, что жемчуг мелок, а у другого — что похлебка жидка» — можно описать и разницу в при-

ФУТУРИЗМ ДОМ ТВОРЧЕСКОГО ДОЛГОЛЕТИЯ (проект достойного бытования творческих пенсионеров...)

роде «изнашивающих душу» огорчений и накопленного к старости утомления. В первом случае старость может стать горько-безысходной уже по причине не только «мелкого жемчуга», но и физической слабости, «неблагодарности близких», отсутствия высших побудительных ориентиров в жизни. Во втором же случае старческая беспомощность хоть и унижает физически, но, главное — лишает привычного творческого тонуса, переживая самую важную «смыслосложившую артерию». Ибо, как правило, увлеченный человек не умеет оптимально распределить время, всегда ему этого времени не хватает, и при этом «половодье творчества» не вписывается в «берега жизни» и в ресурс самозащиты. Творческая доминанта в таком человеке моложе и крепче его физического состояния, она будто «готова его пережить» — такова уж природа всякой вдохновенности. Таким образом бытовая составляющая жизни творческого человека, которой он никогда и не придавал особого значения, к концу его жизни «берет реванш», подставляет роковую «подножку»: физическая слабость, болезни, беспомощность (особенно при одинокой жизни), «жидкая похлебка» (очевидная по нынешним временам) — все это гнетет и толкает к депрессии... И таким образом главная причина для отчаяния — «крушение» условий, обеспечивающих горячую непрерывность продуктивно-познавательной мысли. Болезненно пронзает догадка о том, что «не успел, не успеваю, не успею». А еще пока жив...

Вот таких одиноких стариков и надо собирать! Состарившихся ученых, исследователей, изобретателей, писателей, врачей, педагогов. Всех, кому еще есть что творчески сказать. Собрать в достойное общее поселение («община», «пансионат», «братство» — как хотите назовите, но только это не должно быть «домом призраков», «домом престарелых», в том стереотипе понимания, который держится ныне).

В условиях наступающей возрастной слабости не впасть в уныние, поддержать рабочий тонус как раз и поможет достойный режим нового бытования — Дом Творческого Долголетия. Он облегчит не только заботы насущные (пища, медицинская помощь, чистота), но станет «подарком судьбы» на закате лет, ибо продлит возможность творчества. Это будет поддержано:

- Личной отдельной комнатой с удобствами
- Радикальным облегчением бытового бремени
- Общим подключением к Интернету
- Кругом общения и творческой солидарности
- Возможностью опубликовать, довести незавершенные замыслы до той формы, которая может быть подхвачена молодыми и сильными «по эстафете» (ведь сколько полезного исчезает вместе с «не успевшим автором»). Вероятно, найдется и сообразительный издатель периодических журнальных публикаций — «Из Пансионата Творческого Долголетия», жанр — еще небывалый в мировой культуре!
- Круг интересных людей, собравшихся здесь вместе, вполне может стать солидарно-энергетичным. Освободившиеся от «элементарных забот» силы, дружелюбно собранные вместе, смогут найти себе замечательное и полезное для всех применение, например: создание общей библиотеки, дискуссионных клубов, зимнего сада, сауны-бани, «изобретательно-умной» мебели — помощники при слабости тела и многое другое.

Тут мы не описываем архитектуру, дизайн, бытовую распорядок, хотя не забываем и об этих аспектах. Великолепна задача для архитекторов и дизайнеров: поддержка «интеллектуальной атмосферы» предметной средой — создание специфического интерьера, рацио-

нальной «модульной» мебели и пр. Добавим лишь принципиальное. Советское время не знало такой специфической формы (акцент — на творческое долголетие), оно вообще не упрочило традиции уважения к творческому человеку. И ныне государство, в инерции «домов престарелых и инвалидов», не способно сосредоточиться на новых способах социального сочувствия. Ибо нет идеологии, просветляющей сознание, и слишком много помех (корысть, коррупция, эгоизм, скулодушие, безумдрие).

В России почти при всякой приходской церкви имелась богадельня. Когда же Петр Первый повелел по всем губерниям завести «государевы» богадельни для престарелых и увечных, полагая отнять это дело у церкви — он не успел, умер. Хорошо, что не отнял, ибо казенное, как правило, не имеет души. Самый «неказенный человек» по своей природе, Петр Первый породил ту матерую казенницу, которая глушила, и глушит до сих пор все живое. Расцветала, правда, благотворительность — как альтернатива казеннице.

Всякое дело нуждается в одухотворении. Ныне же у нашего государства сохраняется «болезнь на корне» — отсутствие духовно-гуманистической установки в отношении старости. И потому, что касается стариков, они идут в традиционные «приюты» (дома престарелых) как на убой, безо всякой надежды.

А ведь потрудившийся, много чего познавший и переживший человек в этой ситуации заслуживает не просто жалости, но — защиты достоинства, обережения его интереса к миру, возможностей связи с миром. К тому же всякий человек загадочным образом имеет в глубине себя неких «двойников»: потенциал не реализованных по жизни интересов, задумок, увлечений — способный вдруг «засиять радостно» на старости лет, при новом досуге, в дружелюбно-уважительной среде. Это — одна из красивейших форм продолжения жизни, ее обогащения, мудрой «ревизии» самого себя, «эволюционного просветления». Нельзя лишать старого человека этой возможности. В условиях «ДомТД» все (в том числе специальные психологические программы, разрабатываемые авторами этого письма) должно послужить для реализации этой возможности.

За счет средств бюджета (федерального, муниципального, ведомственного или иного, например, частного) строится здание пансионата. Здание оборудуется, возможно, совместно с благотворителями, которые примкнут к делу по его «симпатичной необычности». Далее «Основатель» обеспечивает поддержку эксплуатации заведения, а также его социально-гуманитарного режима. Поддержка эта может быть распределена между благотворителями, государством и прочими, а также в какой-то степени — взносами самих пенсионеров.

Появление новых хозяйственных субъектов (типа «ЖилСоцГарантия», «Московско-Парижский Банк», «Гильдия» и др.), имеющих касание к пенсионерам (их квартирам, выплатам по договору, переселению в пансионаты), могло бы обнадешить. Приток свежих идей, изобретательность, хозяйственное творчество. Первый естественный шаг таких структур: освоение реальности себе в пользу. Следующие шаги — пока невнятные. Этот молодой, гибкий организм для своего полноценного развития нуждается в ощущении общего дела и общей судьбы. Если же продолжит для себя «снимать пенку» — упустит возможность выйти в социально-творческий авангард (которого заждались наш уставший народ), законсеет, «выпадет» в примитивную «паразитическую» форму с культом высокой прибыли. И только.

В России насущно необходим новый «социально-сочувственный» продукт, когда во главу угла ставится не элементарная прибыль, не конъюнктура, а — эволюционный императив, т. е. смысл и перспектива творческого развития народа, как и сбережение потенциала каждого отдельного человека. Это — в идеале. Тут необходимо наличие трех факторов: творческий авангард, государственная чувствительность к нему, хозяйственная солидарность. А в «скромных частностях» можно сделать поменьше или побольше, но для этого прежде всего надо выбрать и сохранить верное исходное направление. Через душу и гражданскую совесть.

Рано или поздно в эту работу неизбежно втянутся разные предпринимательские, государственные, культурные силы, ибо человеческая жизнь славна «не хлебом единым».

ИнтерНьюс

Видимо не выйдем... Пока

За последний год в России значительно сократилась младенческая и материнская смертность, а показатель рождаемости достиг самого высокого уровня за последние 16 лет. Об этом заявила директор Департамента развития медицинской помощи детям и службы родовспоможения Минздравсоцразвития РФ Валентина Широкова. По данным Широковой, за 9 месяцев текущего года показатель младенческой смертности в России составил 8,8 случаев на 1000 родившихся живыми детей, тогда как в прошлом году он достигал 9,4. Впрочем, в Японии аналогичный показатель составляет от 4,8 до 6 случаев на 1000 новорожденных, а в Израиле — 6,2 случая. «Это тот показатель, к которому мы должны стремиться», — подчеркнула представитель Минздравсоцразвития. Материнская смертность с января по сентябрь составила 17,3 случая на 100 тысяч родившихся живыми детей в год, против 22 случаев в течение прошлого года. Кроме того, текущий год демонстрирует неплохие показатели рождаемости. По данным учета родовых сертификатов, с начала года в России родилось около 1,2 миллиона детей, что на 100 тысяч больше, чем за аналогичный период прошлого года.

Источник: tma.ru

Кругом отравы

Большинство отравлений, зафиксированных в России в 2007 г., связаны с употреблением спиртосодержащих жидкостей и лекарственных препаратов. Такие данные приводятся в докладе Роспотребнадзора о санитарно-эпидемиологической обстановке в РФ. Согласно документу, в течение прошлого года в России было зафиксировано 191955 отравлений, в том числе 28813 (15%) — со смертельным исходом. Причиной наибольшего числа инцидентов — 42% — было употребление спиртосодержащей продукции. На втором месте — отравления лекарственными препаратами (29%). Большинство пострадавших — 64,19% — составили мужчины, а среди скончавшихся в результате отравлений их было более 77%. К смертельному исходу приводили 77% от общего числа зафиксированных случаев отравления спиртосодержащей продукцией, отмечается в докладе. Среди отравившихся лекарственными препаратами 59,3% составили женщины. Большинство случаев отравления детей и подростков также были вызваны лекарствами, доля смертельных исходов в этой группе населения составляет 30,7%.

Источник: medportal.ru

Их врачи устали. А наши?

Американские врачи общей практики чувствуют себя перегруженными работой, и около половины из них планируют сократить число принимаемых пациентов или совсем уйти из медицины. Исследование, проведенное Организацией терапевтов США, показало, что 60% из 12 000 врачей общей практики не порекомендовали бы кому-либо посвятить себя медицине. Поскольку реформа здравоохранения занимает одно из приоритетных мест в программах Конгресса США и избранного президента страны Барака Обамы, врачебные организации лоббируют снижение рабочей нагрузки и выплаты за оказание медицинской помощи пациентам с медицинской страховкой. Из 320 000 врачей, которым были разосланы опросы, ответила репрезентативная группа в 12 000 специалистов. 78% из них считают, что в стране имеет место дефицит врачей общей практики, более 90% отметили, что за последние 3 года значительно возрос объем работы с документацией, а 63% заявили, что это сокращает время, проводимое с пациентами; 11% опрошенных собираются оставить врачебную деятельность, 13% — найти медицинскую работу, не связанную с ведением больных, 20% — снизить количество принимаемых пациентов и 10% — перейти на частичную занятость. Создатели новых планов реформации здравоохранения рассматривают исправление ситуации введением электронных медицинских карт.

Источник: medlinks.ru

КЛИНИЧЕСКАЯ ГЕРОНТОЛОГИЯ

Издательство «НьюДиамед»

Научно-практический медицинский журнал

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

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

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

Оформить подписку можно:

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

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

Ваш адрес просим указывать печатными буквами.

Ф.И.О. подписчика	Почтовый адрес доставки (индекс обязательно)	1 полугодие		2 полугодие									
		Номера журнала											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Цена одного номера в руб.													
		350	350	350	350	350	350	350	350	350	350	350	350
ИТОГО (впишите сумму):													
НАШИ РЕКВИЗИТЫ: Банк получатель: АКБ «Стратегия» (ОАО), ИНН 770 224 522 0, БИК 044 579 505, КПП 770 201 001, К/с 301 018 100 000 000 005 05, Р/с 407 028 105 000 000 004 85.													

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

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

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

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

В платежном поручении и в почтовом переводе обязательно указать:

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

АМЕРИКАНСКАЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ «СКОРАЯ» ДЛЯ ЖЕНЩИН

Практически все люди время от времени могут испытывать неуверенность в себе. В силу известных психологических и физиологических особенностей это в первую очередь относится к прекрасному полу, существам трепетным и легко уязвимым.

Американские психологи пришли к выводу, что ощущение своей индивидуальности и веры в собственные силы, как правило, не зависит от социального положения, возраста или родительских наставлений. Это нечто такое, чему человеку необходимо научиться на личном опыте. В длительной перспективе спасение — в приобретении необходимых жизненных и профессиональных знаний и навыков, а в экстренных ситуациях могут помочь специальные упражнения, способные вызывать приток жизненной энергии, и, как результат, возвращение чувства собственного достоинства. Этой проблемой всерьез озаботились ученые из США, и теперь у нас есть самые быстрые и действенные решения, которые они предлагают в популярных журналах для женщин.

1. Поделитесь любовью. Известный психиатр Марк Голлстон в своей книге «Идите своим путем» говорит, что ощущение уверенности в себе развивается благодаря простым действиям, которые должны стать привычкой. Это приведет к уменьшению стресса и сделает вас проникательнее и счастливее. Вот одно из них:

«Обнимаю любимого, вы в объятиях не только получаете удовольствие, но и увеличиваете ваши шансы на успех, как на профессиональном уровне, так и в повседневном общении с людьми. Причиной является повышение уровня тестостерона, что в свою очередь, повышает вашу самооценку. Если любимого нет рядом, можно обнять ребенка или приласкать животное. Это понизит уровень кортизола в крови и быстро принесет чувство сохранности». Похоже, эта идея становится популярной, что косвенным образом подтверждается фактом появления кошек в лондонских аптеках.

2. Превратите стресс в победу. 90% американок испытывают чувство нервозности и недовольства собой. Очень часто это связано с неумением или нежеланием жить по плану. В результате скопления незаконченных дел истощается нервная система, что обычно кончается срывами и истериками. Чтобы не «потерять лицо», старайтесь планировать свои дела, заранее составляйте расписание на каждый день и будьте реалистичны. Никогда не забывайте хвалить себя за каждый вычеркнутый из расписания пункт — это создает ощущение победы и удовлетворенности собой.

3. Чаще краснейте. Вы можете создать ауру самодостаточности меньше чем за 10 секунд, надев на себя что-нибудь красное, утверждает Пэт Стрикленд, автор книги «Сила цвета». Она также сообщает, что множество экспериментов показали влияние красного цвета на повышение кровяного давления и уровня адреналина, приводящих к всплеску энергии. Красный также подавляет негативные чувства: страх, слабость или волнение, и заменяет их возбуждением и уверенностью в себе. Если красный вам не к лицу, тот же эффект даст любая красная деталь туалета: отделка, пуговица или сумочка. Главное, чтобы они находились в поле вашего зрения.

4. Адреналин в чашке. Многие дамы не могут совладать с собой перед публичным выступлением, или при необходимости отстоять свою правоту, убедить работодателя в своих способностях. Специалисты из университета в Бристоле считают, что кофе также стимулирует выброс адреналина, помогая думать, реагировать и принимать решения быстрее. Демонстрируя такие качества, считают они, вполне можно рассчитывать на сногшибательный успех практически в любой области. Пить рекомендуется не более 2 чашек и не позднее чем за 20 минут перед предстоящим событием. Больше количество напитка или сокращение времени чреват перевозбуждением и может привести к обратному результату.

5. Равняйся, прямо! Если встать прямо, отведя плечи назад и приподнять подбородок, то уровень кислорода в крови увеличится. Это прояснит ваш мозг и сделает вас более внимательной, что способствует принятию правильных и взвешенных решений, сообщает Конни Глэйзер, автор нескольких книг по психологии. Она уверяет, что женщины, следящие за своей осанкой, на работе привлекают внимание и вызывают большее уважение, которое зачастую трансформируется и в большую зарплату.

6. Звоните, не пожалевте. Если вы чувствуете себя неудачницей, неспособной блеснуть в интервью, потерпели неудачу в борьбе с лишними килограммами или страдаете из-за отсутствия мистера «совершенство», у вас есть выход. Срочно позвоните друзьям, по крайней мере, троим. Ваш рейтинг в собственных глазах с каждым звонком будет повышаться по крайней мере в 5 раз, уверяет профессор Ами Флауаз из Чикаго. Друзья убедят вас, что разочарование в себе присуще многим активным натурам. Это кратковременное явление, которое свидетельствует о наличии здоровых амбиций. Живите с надеждой, что завтра все будет по-другому!

7. Ореховый сюрприз. Оказывается, существует замечательно вкусное и быстродействующее средство для борьбы с плохим настроением и восстановления куража и веры в свою звезду. Это всем известный сладкий миндаль, в котором исследователи обнаружили аминокислоту триптофан и «гормон счастья» серотонин. Эта мощная пара обеспечивает быстрый прилив энергии и ощущения своей нужности и неуязвимости. Удачи!

Перевод с английского и подбор материалов
Л. Грэбилл

28 мая 2008 г. в г. Краснодаре была выставка медицинского оборудования. На выставке компания «...», обслуживающая более 40 фирм-производителей рекламировала «шприцевые насосы» фирмы «А» (Великобритания), предназначенные для наркоза, анестезии, для внутривенной анестезии, для капельного введения лекарственных средств в неонатальных и реанимационных отделениях. Каково было мое удивление: этот «Шприц» был предложен Шадринным А.А. и Потехиным Ю.И. 55 лет тому назад. Авторское свидетельство № 104095 от 22 мая 1953 г. зарегистрировано в Государственном реестре изобретений СССР от 29 августа 1956 г. под названием «Шприц».

*Все-то можем.
Все-то мы умеем...*

Получается, наше изобретение, принадлежащее РФ, украдено английской фирмой «А» или продано нашими доморощенными жуликами от медицины в расчете на то, что по прошествии 55 лет авторов нет в живых.

Предназначения, цели и показания к применению почти слово в слово списаны с нашего автор-

ского свидетельства. Мы писали, что такие малогабаритные аппараты с точнейшей дозировкой лекарственных средств крайне необходимы для лечения раненых и тяжело пострадавших больных во время войны, стихийных бедствий или техногенных катастроф. «Шприц» может быть применен в любых условиях и даже во время транспортировки больных, т. к. не нуждается в электроэнергии. Стоимость его минимальная, не дороже одного часового механизма и обыкновенного шприца.

Хотелось бы узнать, почему мы должны закупать «Шприцы» в Великобритании, когда эти «Шприцы» 55 лет тому назад были изобретены у нас в России?

Сколько лет еще надо нашей медицинской промышленности, чтобы наладить выпуск недорогих отечественных «Шприцов», необходимых для нужд армии, МЧС и медицины вообще, и избавить нас от закупок дорогих зарубежных аналогов?

Врач А.А. Шадрин

Медицинские книги издательства «НЬЮДИАМЕД»

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

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., Тогин Е.Е., Толиков А.П., Губкина Д.И., Гусева Н.Г., Дворецкий Л.И., Емельяненко В.М., Зайратянц О.В., Заславская Р.М., Иванов Г.Г., Ивашкин В.Т., Кактурский Л.В., Калинин А.В., Каляев А.В., Ключев В.М., Комаров Ф.И., Лазебник Л.Б., Лысенко Л.В., Маколкин В.И., Мартынов И.В., Михайлов А.А., Моисеев В.С., Мухин Н.А., Насонов Е.Л., Насонова В.А., Ноников В.Е., Палеев Н.Р., Пальцев М.А., Парфенов В.А., Погожева А.В., Покровский А.В., Покровский В.И., Потехин Н.П., Раков А.Л., Савенков М.П., Савченко В.Г., Сандриков В.А., Симоненко В.Б., Синапальников А.И., Смоленский В.С., Сыркин А.Л., Тюрин В.П., Хазанов А.И., Цурко В.В., Чазов Е.И., Чучалин А.Г., Шлехтер А.В., Юцук 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: mtrpndm@dol.ru www: zdravnet
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