



ПРЯМАЯ РЕЧЬ

На первом в наступившем году заседании Президиума РАМН был заслушан доклад зав. кафедрой терапии и семейной медицины ФУВ Волгоградского госмедуниверситета профессора Сергея Недогоды «Фармакоэпидемиология и фармакоэкономика как приоритетные направления клинической фармакологии».

Вопросы фармакоэкономики беспокоят врачебное общество, поскольку выделяемые на медицинскую помощь деньги зачастую расходуются нерационально. Как считает Недогода, государство должно взять на себя экономически обоснованное рационализирование лекарственного обеспечения, а не перекладывать на врача проблему лекарственной доступности.

Игнорируя экономический фактор, врач действует незрительно по отношению к больному, поскольку стоимость лекарств входит в первую пятерку проблем, определяющих эффективность и приверженность к лечению (комплаентность). Однако при СОКРАЩЕНИИ длительности стационарного лечения чаще стало иметь место ПО-ВЫШЕНИЕ расходов, а профилактика может стоить дороже, чем лечение. Насколько выгодно современное высокотехнологичное здравоохранение государству? Ведь большая продолжительность жизни означает большие затраты на пенсии, а лучшее лечение часто является синонимом увеличения расходов на лечение.

Рациональное потребление лекарственных средств (ЛС) определяется как «назначение пациенту необходимых препаратов в адекватной дозировке на необходимый промежуток времени при минимальной стоимости как для пациента, так и для общества». Инструментом рационализации расходов на лекарственное обеспечение является список жизненно необходимых и важных ЛС (ЖНВЛС), утверждаемый Минздравсоцразвития (Приказ № 93 Минздравсоцразвития РФ от 15 февраля 2006 г.). Этот список формируется на основании результатов фармакоэкономических исследований ЛС в пределах одной фармакотерапевтической группы в соответствии с общепринятыми методиками оценки экономической эффективности применения препарата.

Каковы же возможности фармакоэкономического анализа? Он позволяет сравнить ценность различных терапевтических подходов, доказать, что выбранный метод лечения оправдывает вложенные в него средства, объяснить, что будет сделано полезного на «сэкономленные» деньги. Стоимость лечения складывается из прямых затрат (медицинские и немедицинские затраты по оказанию услуг больным), косвенных затрат (стоимость лечения для больницы и общества) и нематериальных затрат (качества жизни). Существует множество показателей для оценки затрат, среди которых ВОЗ предлагает использовать QALY (сохраненный год жизни с поправкой на качество жизни). Этот показатель представляет собой линейную сумму потенциальных лет жизни, потраченных из-за преждевременной смерти и нетрудоспособности. Он не должен быть выше трех валовых внутренних продуктов на душу населения (в России в 2007 г. он составлял 44 115 долларов США). Ключевым элементом в экономии средств здравоохранения в докладе были названы отечественные дженерики.

Экономическая оценка позволяет определить ценность ЛС для больных, врачей, государства, страховых компаний и т. д. По мнению докладчика, фармакоэкономический анализ должен стать неотъемлемой частью принятия решения о необходимости включения ЛЮБОГО ЛС в «ограничительные списки» и стандарты лечения.

Подтверждаются ли реальной клинической практикой лекарственные эффекты, полученные при проведении клинических испытаний, и не выявлены ли новые? Ответ на этот вопрос дает фармакоэпидемиология (применение эпидемиологических методов для изучения использования ЛС и их эффектов в популяциях).

В заключение докладчик рассказал о значении списка ЖНВЛС для фармакоэкономики. Этот список позволяет формировать стандарты лечения с большей степенью доказательности и экономической эффективности. На сегодняшний день есть только два примера дешевого и одновременно эффективного лечения: аспирин и нитроглицерин.

Сокращение списка ЖНВЛС до 500 наименований является большим достижением, поскольку это позволило отказаться от ЛС с недоказанной эффективностью и заменить дорогостоящие импортные препараты дешевыми отечественными дженериками.

Докладчику не задали ни одного вопроса. По мнению председательствующего — президента РАМН академика Михаила Давыдова — подобные доклады должны обсуждаться в Минздравсоцразвития, не в стенах РАМН.

Борис Леонидов.

Фото Александра Худасова

Комментарий главного редактора

Конечно, репортаж какой-то ругательный получился. Видимо, докладчик не смог донести до слушателя животрепещущие проблемы, взятые в основу доклада. Надеюсь, автор репортажа имеет на руках запись выступления оратора. Потому что в тексте явно видны какие-то перекосы — то ли корреспондент не понял, то ли автор доклада так доложил. Ну, например, никому в голову не приходит составлять стандарты по списку препаратов. Это — очевидная нелепица. Списки вообще существуют в мире только для одной цели — для того, чтобы знать, какие препараты оплачиваются государством для амбулаторного лечения. У нас в Перечне — все: и тяжелые антибиотики для реанимации, и средства для наркоза, и растворы. Но это не используется в амбулаторной практике, следовательно, наш Перечень для чего-то другого. Оказывается — так в статье — чтобы стандарты составлять и ограничивать врача в праве лечить больных.

Неожиданный пассаж: «Сокращение списка ЖНВЛС до 500 наименований является большим достижением, поскольку это позволило отказаться от ЛС с недоказанной эффективностью и заменить дорогостоящие импортные препараты дешевыми отечественными дженериками». Опять, может быть, корреспондент не так понял оратора? Ведь в новом списке число препаратов с недоказанной эффективностью существенно возросло, туда попали совсем странные препараты типа спирта, угля и марганцовки. Их жизненная важность, прямо скажем, сомнительна. И как могут быть замены оригинальных препаратов на дженерики, когда в перечне лекарства представлены не торговыми, а непатентованными наименованиями. Т. е. и оригинальные и дженерики равны в перечне. Видимо, кто-то что-то перепутал. Надеюсь, автор заметки, а не уважаемый докладчик. Жду, что докладчик напишет опровержение на злостную хулу в его адрес.

Конечно, представления о том, что фармакоэкономические исследования должны быть основой принятия решений, ушли в далекое прошлое: такие лозунги возникли на заре развития этой науки в нашей стране лет 10 назад. С тех пор пришло осмысление, что гораздо важнее гуманистические подходы в принятии решений по поводу тех или иных лекарств. Даже хваленное качество жизни с поправкой на добавленную продолжительность, принятое на вооружение в Великобритании в начале 2000-х годов, не удовлетворяет лиц, принимающих реально решения в этой стране. Но тащить нас в этом направлении, когда сами инициаторы от него отказываются — довольно странно. И что, на все 500 препаратов, включенных в перечень, сделаны фармакоэкономические исследования? Или все это фикция, профанация и за исследования выдаются сравнения по ценам? Или вообще ничего нет? Одни вопросы.

Из представленного отчета-репортажа осталось неясно, что все-таки было сказано выступавшим новым, относительно такой быстро развивающейся науки, как фармакоэкономика или, как часто именуют это направление в России, а последнее время и в мире, клинико-экономического анализа. Неужели не было ничего про методы моделирования, про экономическую оценку типичной практики, про регистры пациентов, влияние на бюджет и т. д.? Что, автор ничего не упомянул в своем докладе об этих направлениях? Или репортер не уловил? Неясно.

Возможно, академический бомонд, присутствующий на высоком собрании — Президиуме РАМН — тоже ничего не понял? И потому не задал ни одного вопроса? Или доклад носил скорее административный, чем научный характер, и потому Президент РАМН академик М.И. Давыдов выразил свое столь необычное для такого собрания мнение? Теперь все это ушло в историю, и ответить на эти вопросы невозможно. Хотя от репортажа Б. Леонидова веет странностью произошедшего.

П.А. Воробьев

Фармакоэкономика должна быть экономной
Больным прописаны отечественные дженерики

С. Недогода

Оплатите доставку Вам газеты

Дорогие друзья!
Экономическая ситуация в стране не могла не сказаться на выходе нашей газеты. Мы вынуждены уменьшать объемы и тиражи. Одной из самых затратных статей расходов является доставка газеты адресату. В 2010 году мы будем рассылать газету 1 раз в месяц. Убедительно просим вас оплатить доставку газеты за год в сумме 200 рублей. Оплатить можно в любом банке. В документе нужно указать фамилию, имя, отчество полностью, подробный почтовый адрес доставки газеты с индексом. Сохраняйте копию квитанции для контроля! Бесплатная рассылка сохраняется для членов МГНОТ, оплативших членские взносы в установленном порядке. Если по какой-либо причине Вы не можете оплатить доставку, напишите, пожалуйста, в редакцию письмо с просьбой-обоснованием по адресу: 115446, Москва, а/я 2, МТП НЬЮДИАМЕД
Просим вас при желании в 2010 г. получить газету оплатить ее доставку до 1 июня 2010 г.!

С полной версией газеты, и значительно оперативнее, вы можете ознакомиться по адресу в Интернете

<http://zdrav.net/terobsh/vestnik/archive>

Редакция Вестника МГНОТ

ИЗВЕЩЕНИЕ	ООО «МТП Ньюдиамед» КПП 770201001 (наименование получателя платежа)
Кассир	7702245220 № 40702810500000000485 (ИНН получателя платежа) (номер счета получателя платежа)
	в АКБ «СТРАТЕГИЯ» (ОАО) (наименование банка получателя платежа)
	БИК 044579505 № 30101810000000000505 (номер кор/с банка получателя платежа)
	Плательщик: _____ (ФИО и адрес плательщика)
	Назначение платежа: За годовую рассылку газеты «Московский доктор» 2010г. (с НДС-18%)
	Сумма платежа: 200 руб. 00 коп. Плательщик: _____ (подпись) Дата: _____ 2100 года
КВИТАНЦИЯ	ООО «МТП Ньюдиамед» КПП 770201001 (наименование получателя платежа)
Кассир	7702245220 № 40702810500000000485 (ИНН получателя платежа) (номер счета получателя платежа)
	в АКБ «СТРАТЕГИЯ» (ОАО) (наименование банка получателя платежа)
	БИК 044579505 № 30101810000000000505 (номер кор/с банка получателя платежа)
	Плательщик: _____ (ФИО и адрес плательщика)
	Назначение платежа: За годовую рассылку газеты «Московский доктор» 2010г. (с НДС-18%)
	Сумма платежа: 200 руб. 00 коп. Плательщик: _____ (подпись) Дата: _____ 2100 года

ИнтерНьюс

Доступ пациентов к описаниям своих рентгенограмм сочли нецелесообразным

Американские ученые обнаружили, что обеспечение прямого доступа пациентов к результатам исследований (например, описаниям рентгеновских снимков) повышает тревожность больных и перегружает лечащих врачей. Накопленный практической медициной опыт показывает, что пациентов, как правило, не удовлетворяет краткое устное сообщение лечащего врача о результатах проведенных исследований, таких как рентгенография, ЭКГ, УЗИ и т. д. Исследователи из Университета Уэйк-Фореста в Уинстон-Сейлеме, штат Северная Каролина, изучили возможность обеспечения пациентам прямого доступа к результатам радиологических исследований. В их научной работе приняли участие восемь рентгенологов и семь терапевтов, совместные пациенты которых получали описания своих снимков через интернет. Как выяснилось, хотя подобная система позволяет снабдить заключение радиолога ссылкой на соответствующий образовательный материал и в целом повышает субъективную удовлетворенность пациентов, она имеет ряд серьезных недостатков, связанных в первую очередь с неспособностью больных правильно понять написанное. Подтверждая изначальные опасения врачей, пациенты не могли полностью понять смысл заключений или воспринять написанное в правильном контексте, что в отсутствие возможности немедленно проконсультироваться с лечащим врачом значительно повышало уровень их тревожности. Это приводило к такому количеству телефонных звонков врачам, с которыми те были физически не в состоянии справиться. Кроме того, поскольку врач и больной получали описание снимка одновременно, у специалиста не хватало времени сопоставить его с историей болезни и дать пациенту адекватные разъяснения. В силу этого большинство участвовавших в исследовании врачей не поддержали идею об обеспечении пациентам прямого доступа к результатам исследований.

Источник: medportal.ru

В России втрое увеличилось число вспышек кишечных инфекций

Число вспышек кишечных инфекций в первом квартале 2010 года значительно превысило аналогичный показатель 2007—2009 годов. По информации ведомства, с января по март 2010 года в России было зафиксировано 40 вспышек острых кишечных инфекций, тогда как за первые кварталы 2007, 2008 и 2009 годов было в сумме зарегистрировано лишь 32 вспышки. Кроме того, сотрудники Роспотребнадзора отметили увеличение числа заболевших. В частности, в январе 2010 года кишечными инфекциями заразился 741 человек, в феврале — 874 человека, в марте — 269 человек. В 2009 году было зафиксировано 30, 36 и 38 заболевших соответственно. Согласно сообщению Роспотребнадзора, в большинстве случаев причинами вспышек инфекций стали грубые нарушения санитарно-эпидемиологических норм при организации питания. Наиболее распространенными нарушениями стали несоблюдение сроков хранения и правил транспортировки продуктов питания, требования к санитарному содержанию помещений, мытью и обработке оборудования, инвентаря и посуды, а также невыполнение сотрудниками пищеблоков правил личной гигиены. Наибольшее число заболевших при вспышке кишечной инфекции было зафиксировано в феврале 2010 года в Якутии. Около 300 жителей региона заразились дизентерией в результате употребления продукции Якутского городского молокозавода. Роспотребнадзор оказал юридическую помощь пострадавшим. Размер исков к предприятию превысил восемь миллионов рублей. Кроме того, в феврале была зафиксирована крупная вспышка сальмонеллеза в Алтайском крае. Более 220 сотрудников ЗАО «Алтайский бройлер» были госпитализированы после употребления салата в столовой предприятия. В ходе расследования было установлено, что для приготовления блюда использовались яйца, не имеющие сертификата качества и безопасности.

Источник: www.rospotrebнадzor.ru

Диабет в Китае достиг масштабов эпидемии

Заболеваемость диабетом достигла масштабов эпидемии среди взрослого населения Китая, показал обзор Тулейнского университета (США). Врачи отмечают высокие темпы распространения диагноза в стране. Согласно результатам исследования, 92,4 млн. взрослых в Китае в возрасте старше 20 лет (9,7% населения) болеют диабетом и 148,2 млн. жителей (15,5%) имеют предиабет, ключевой фактор риска для развития диабета и сердечно-сосудистых проблем. Медики протестировали терпимость к глюкозе среди 46 тыс. 239 человек старше 20 лет из 14 провинций и муниципалитетов по всей территории Китая с целью выявления случаев ранее не диагностированного диабета. Было установлено, что сфера действия сахарного диабета в Китае остается высокой и продолжает расти, и служит основным фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. За последние годы сердечно-сосудистые заболевания также стали ведущей причиной смерти в стране, добавляют клиницисты. Чаще болеют диабетом жители городов, а не сельских регионов — общая тенденция, замеченная и в других развивающихся странах. Урбанизация связана с изменениями в образе жизни, которые приводят к сокращению физической активности, нездоровому питанию и ожирению. Все три фактора вовлечены в увеличение рисков развития болезни, говорят врачи. По неблагоприятным прогнозам, бремя диабета в Китае будет серьезнее, чем в любой другой стране, во многом из-за большой численности населения. Особую тревогу клиницистов вызывает тот факт, что большинство случаев заболевания диабетом (60,7%) остаются не диагностированными и никак не лечатся.

Источник: АМИ-ТАСС

ПРОТОКОЛ СОВМЕСТНОГО ЗАСЕДАНИЯ АНГИОЛОГИЧЕСКОЙ И КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ СЕКЦИЙ МГНОТ от 19 ноября 2009 г.

Сопредседатели секций:

член-корр. РАН, акад. РАМН, проф. Ю.Н. Беленков;
член-корр. РАМН, проф. В.А. Сандриков;
проф. М.П. Савенков; проф. М.Г. Глезер;
проф. В.А. Парфенов; проф. А.В. Чупин.

Повестка дня:

«Вертебро-базилярная недостаточность».

1. Проф. В.А. Парфенов (ММА им. И.М. Сеченова), проф. С.К. Волков (Институт хирургии им. А.В. Вишневского).

Дано определение вертебро-базилярной недостаточности — обратимое нарушение функций мозга, вызванное уменьшением кровоснабжения в вертебробазилярном бассейне, перечислены клинические симптомы (головокружение, шум в ушах, обмороки, предобморочное состояние). В развитии вертебро-базилярной недостаточности большую роль играют гемодинамические факторы (колебания АД, извитость или компрессия позвоночных артерий остеофитами при движении головы). Основным механизмом развития ишемического поражения в вертебробазилярной системе является артериальный тромбоз (или эмболия), кардиальная эмболия. Подчеркнуто, что все преходящие эпизоды нарушения в вертебро-базилярной системе рассматривать как транзиторные ишемические атаки и термин «вертебро-базилярная недостаточность» не совсем удачен. Изложена клиника ишемических проявлений в вертебробазилярном бассейне: 1) различные симптомы поражения ствола головного мозга, мозжечка, затылочных долей полушарий головного мозга и других отделов (характерные нейро-васкулярные синдромы) и 2) вестибулярные поражения (нехарактерные симптомы). Дан алгоритм обследования больных с подозрением на вертебро-базилярную недостаточность: неврологическое (КТ или МРТ головы) исследование сосудов (дуплексное сканирование, МР — ангиография и др.), кардиологическое (ЭКГ, Эхо КГ и т. д.) и другие обследования. Наиболее частой причиной вертебро-базилярной недостаточности являются атеросклеротические стенозы магистральных артерий головы и шеи; болезнь Такаюсу (неспецифический аортоартериит); синдром позвоночно-подключичного обкрадывания. Перечислены другие, кроме вертебро-базилярной недостаточности, возможные причины головокружения (доброкачественное позиционное пароксизмальное головокружение; болезнь Меньера; вестибулярный нейронит; мигрень; опухоль мостомозжечкового угла; АВ-блокада; психогенное головокружение), а также наиболее частые причины вестибулярного головокружения (будут отмечены в следующем докладе). Поскольку вертебро-базилярная недостаточность развивается чаще у больных с атеросклерозом сосудов, тактика их ведения заключается прежде всего в профилактике инсульта. Наиболее подробно изложена вторичная профилактика инсульта: нелекарственные методы (отказ от курения и злоупотребления алкоголем, диета, достаточная физическая активность) снижают риск развития повторного инсульта на 30—40%. Лекарственная терапия (антиагреганты, антигипертензивные препараты, статины) и хирургическое лечение назначаются после уточнения причины вертебро-базилярной недостаточности. Антиагреганты (аспирин, клопидогрель, дипиридамол и др.) показаны 90% больным, перенесшим ТИА или инфаркт мозга, они снижают риск развития ишемического инсульта на 16—28%. Из антиагрегантных средств предпочтение следует отдавать клопидогрелю (плавикс), особенно он показан больным, перенесшим стентирование коронарных артерий при сочетанном поражении периферических артерий, непереносимости аспирина. Антигипертензивные препараты назначаются прежде всего больным АГ, а также для профилактики повторного ишемического инсульта. Комбинированная тактика ведения больных (немедикаментозное и медикаментозное лечение) и своевременное хирургическое вмешательство снижает риск развития повторного ишемического инсульта на 80%.

ПРОТОКОЛЫ МГНОТ

В заключение еще раз подчеркнуто, что причин вертебро-базилярной недостаточности много, они разные (неврологические, ушные, психические и др. заболевания), больным с подозрением на данную патологию требуется своевременное специальное обследование и лечение.

Вопросы к докладчику:

Вопрос: «Мануальная терапия провоцирует развитие вертебро-базилярной недостаточности?»

Ответ: «Да, при мануальной терапии возможно повреждение позвоночной артерии, но бывает это крайне редко, 1—2 случая на миллион манипуляций».

Вопрос: «Рекомендации опубликованы по ведению больных с вертебро-базилярной недостаточностью?»

Ответ: «Да, конечно, прежде всего, можно посмотреть в Интернете, там есть ответ».

Вопрос: «Как быстро врач должен поставить диагноз и установить причину вертебро-базилярной недостаточности?»

Ответ: «В наших условиях пока очень трудно и ясно, почему, вот за рубежом 25 мин. отводится на назначение лечения при инсульте, в этот же период времени включается диагностика с проведением КТ или МРТ головы».

Заключение П.А. Воробьева: «Во-первых, если назначается аспирин, то сразу же следует измерить агрегацию тромбоцитов, и во-вторых, я не считаю, что плавикс лучше аспирина, потом следует учесть, что это дорогостоящее средство, более того, уже фирма, производящая плавикс говорит о том, что этот препарат вытесняется новым, более эффективным антиагрегантом».



В.Д. Парфенов не согласился с высказыванием П.А. Воробьева, отметив, что никакая агрегация не даст правильный ответ, действует аспирин или нет, единственный признак его эффективного действия — клиническое наблюдение. В отношении плавикса — также не согласен, т.к. существующее мнение основано на результатах многочисленных исследований, подтверждающих его большую значимость среди антиагрегантных средств.

П.А. Воробьев остался при своем мнении, мотивируя тем, что эти исследователи не занимаются изучением свертывающей системы крови данной группы больных, а надо бы.

2. К. м. н. Замерград (Медицинский центр Гута Клиник).

«Головокружение при заболеваниях периферической вестибулярной системы».

Перечислены мифы головокружения: в большинстве случаев связано с вертебро-базилярной недостаточностью, с возрастом неизбежно, частая причина — остеохондроз шейного отдела позвоночника; улучшить равновесие и устойчивость в пожилом возрасте невозможно (неустойчивость и головокружение в большинстве случаев обусловлено определенным заболеванием, а не возрастом, при этом цереброваскулярные заболевания составляют не более 7% всех случаев головокружения; в большинстве случаев головокружение и неустойчивость можно устранить с помощью лекарственных средств и вестибулярной гимнастики). Дано определение головокружения и характеристика центрального (повреждение ЦНС — ствол мозга, мозжечок) и периферического (повреждение внутреннего уха или вестибулярного нерва) головокружения. Перечислены причины периферического головокружения (доброкачественное позиционное головокружение; болезнь Меньера; вестибулярный нейронит; острый лабиринтит; инфаркт или

Продолжение на стр. 3

Внимание!

В издательстве НЬЮДИАМЕД вышла новая книга:

И.П. Кипервас «ТУННЕЛЬНЫЕ СИНДРОМЫ»

Книга выходит в 3-й раз, предыдущее издание осуществлено в 1993 году. Автор — ведущий специалист в мире, собравший и осмысливший богатейший материал по данной проблеме. В монографии обобщены сведения о патогенезе, клинике и семиотике основных туннельных синдромов — наиболее частой форме нетравматического поражения нервных стволов. Главное внимание уделено их диагностике и консервативному лечению в амбулаторной и стационарной практике врачами общей медицинской сети: неврологами, травматологами, ортопедами, физиотерапевтами, терапевтами, семейными врачами, а также мануальными и иглорефлексотерапевтами. В связи с всеобщей компьютеризацией последних лет возросло количество болезней рук и прежде всего туннельных синдромов (невропатий). Эти специфические болезни поражают людей разного возраста и различных профессий, работа которых связана с нагрузкой на руки, и требуют немедленного лечения. Автором разработаны рациональные методы диагностики и оптимальные методы консервативного лечения, о чем и написана эта книга. Она может служить практическим руководством для врачей различных специальностей.



Начало на стр. 2 ↗

сотрясение лабиринта; аутоиммунные заболевания внутреннего уха) и причины центрального головокружения (мигрень; инсульт; опухоль мостомозжечкового узла; рассеянный склероз; вестибулярная эпилепсия). Изложены современные направления лечения головокружения: прежде всего следует установить его причину, затем устранить симптомы и причину заболевания (медикаментозная терапия, хирургическое лечение), обеспечить перестройку и адаптацию вестибулярной системы (длительная вестибулярная гимнастика).

Перечислены препараты, влияющие на вестибулярную компенсацию: ускоряющие (кофеин, АКТГ, бетасерк, ам-

фетамины), замедляющие (алкоголь, фенобарбитал, хлорпромазин, антагонисты АКТГ, диазепам).

Вопросы к докладчику.

Вопрос: «Можно обратиться в Вашу клинику по поводу головокружения неясной этиологии?»

Ответ: «Да, можно, телефон регистратуры — 250-26-10, но только на коммерческой основе, клиника частная».

Вопрос: «Где можно ознакомиться с методикой проведения вестибулярной гимнастики?»

Ответ: «Есть специальная монография, можно найти в Интернете».

Заключение.

В заключение В.А. Парфенов поблагодарил докладчиков и всех присутствующих на заседании.

О результатах конференции

«Государственное регулирование и российская фармпромышленность 2010. Продолжение диалога»

Л. Безмельницина

31 марта 2010 года состоялась конференция, посвященная вопросам лекарственного обеспечения населения России. Впервые организаторами конференции совместно выступили 3 ассоциации фармацевтических производителей: Ассоциация международных фармацевтических производителей (АИРМ), Ассоциация российских фармацевтических производителей (АРФП) и Союз профессиональных фармацевтических организаций (СПФО). В ходе конференции обсуждались перспективы производства лекарственных средств на территории Российской Федерации, целесообразность создания фармацевтических кластеров, пути увеличения экспортного потенциала отечественных препаратов, преимущества создания единого таможенного союза на территории России, Беларуси и Казахстана. Большое внимание было уделено развитию системы контроля качества, регулированию цен и вопросам рационального использования лекарственных средств согласно принципам доказательной медицины.

Заместитель руководителя Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития Тельнова Е.А. выделила наиболее приоритетные направления государственной политики в системе обеспечения населения лекарственными средствами: импортозамещение, контроль уровня предельных отпускных цен и торговых надбавок. С целью повышения качества жизни пациентов развивается глобальная система контроля качества лекарственных препаратов, для этого организуются стационарные и передвижные лабораторные комплексы, регулярно проводится инспекционный контроль. Такие меры позволили снизить количество фальсифицированной и некачественной продукции на прилавках российских аптек. Также была создана и развивается служба фармаконадзора. В настоящий момент число обращений по-прежнему ниже, чем в зарубежных странах, но оно возросло в несколько раз по сравнению с предыдущими годами.

Директор Института общественного здравоохранения Крестинский Ю.А. выступил с докладом о влиянии регуляторной политики на состояние отечественных фармацевтических производителей, в котором отметил, что прирост цен на лекарственные препараты составил 22–28%, это вынудило правительство принимать меры по регулированию уровня цен, которые нашли отражение в законе «Об обращении лекарственных средств». Юрий Александрович отметил, что закон был разработан без учета существующих реалий в области здравоохранения, что существенно затруднит его реализацию.

Заместитель председателя Форумного комитета РАМН Воробьев П.А. представил отчет о проведенной комитетом работе: членами комитета (49 ведущих медицинских экспертов страны) было разработано 60 поправок к закону «Об обращении лекарственных средств», но ни одна из них не была принята. В 2009 году при участии комитета был создан Всероссийский союз организаций пациентов, объединяющий в себя больных гемофилией, эпилепсией, рассеянным склерозом, муковисцидозом и другими заболеваниями. Были разработаны целый ряд перечней лекарственных средств: Перечень жизненно необходимых лекарственных средств Форумного комитета РАМН, Перечень редко применяемых лекарственных средств Форумного комитета РАМН, Негативный перечень медицинских технологий, амбулаторный, стационарный и педиатрический формуляры лекарственных средств. Докладчик отдельно затронул тему развития редко применяемых медицинских технологий — за последние 5 лет в мире было создано более 400 препаратов для лечения редких заболеваний. Внедрение редко применяемых лекарств будет сопровождаться ростом затрат на лекарственное обеспечение, и государство должно уже сегодня разработать принципы такого финансирования. Также редко применяемым лекарствам должен отдаваться приоритет при разработке отечественными производителями.

Выступление главного клинического фармаколога Комитета здравоохранения правительства Санкт-Петербурга Хаджидиса А.К. было посвящено рациональному использованию лекарственных средств и фармакоэкономике. Ра-

циональная фармакотерапия подразумевает назначение препарата согласно надлежащим показаниям, по установленной схеме в строго определенной дозировке, в связи с чем крайне важно создание стандартов лечения каждого заболевания и регулярное проведение курсов последипломного обучения врачей с использованием этих стандартов. Наряду с характеристиками эффективности и безопасности, стоимость препарата также является критерием выбора, в связи с которым необходимо проведение фармакоэкономических исследований.

Генеральный директор «IMS Health, Russia» Милевчич Н. представил данные о состоянии фармацевтического рынка за I квартал 2010 года. Среди основных тенденций на рынке можно выделить рост продаж препаратов российского производства в упаковках и зарубежных — в денежном выражении.

Фельдман О.П., генеральный директор «КОМКОН-Фарма» в своем докладе о фармацевтической активности отечественных производителей выделил группу компаний, занявших активную позицию на рынке путем внедрения стандартов GMP, активной маркетинговой политики. К ним относятся «Фармстандарт», «Материя Медика», «Оболенское», причем продукция первой из данного списка компаний занимает четвертое место в структуре назначений врачами различных специальностей.

Глушков И.А., сотрудник компании «Нижфарм-Штада», рассмотрел возможности увеличения экспортного потенциала отечественной фармпромышленности. В настоящий момент доля экспорта незначительна, в основном лекарственные препараты российского производства экспортируются в страны СНГ (Украина, Казахстан, Узбекистан и др.). Среди имеющихся препятствий можно выделить затруднения регистрационного процесса и отсутствие стандартов GMP на большей части российских производств. В ближайшем будущем эти вопросы будут решаться, поэтому выступающий рекомендовал рассматривать увеличение доли экспортируемых препаратов как одно из приоритетных направлений развития компаний, так как производить один препарат для нескольких стран может быть выгоднее, чем большое количество препаратов только для России.

В рамках конференции были представлены проекты создания фармацевтических кластеров от трех регионов России: Калужской, Ярославской областей и г. Санкт-Петербурга. Каждый из проектов подразумевает объединение науки и бизнеса для разработки и продвижения инновационных препаратов, а также производства лекарственных средств, уже входящих в список ЖНВЛС, что требует создания комплекса с развитой инфраструктурой, специальную подготовку кадров. При принятии решения о создании фармацевтического кластера следует принимать во внимание географический фактор, отношение местных органов власти, оценку состояния уже имеющихся научных баз и заводов, возможности организации логистической службы и многое другое.

Представитель некоммерческого партнерства институтов РАН «Орхимед» осветил проблемы в области современной науки: недостаточное финансирование, несоблюдение прав защиты интеллектуальной собственности, устаревшая материально-техническая база. Все это обуславливает значительное отставание от западных институтов в области разработки лекарственных средств.

На прошедшей конференции были представлены мнения производителей, органов власти субъектов федерации и провайдеров медицинской помощи, что позволяет обеспечить комплексный подход к имеющимся на данный момент проблемам. Однако среди присутствующих не было представителей Минздравсоцразвития, которое ответственно за формирование политики в области здравоохранения и для диалога с которым и намечалось мероприятие. Таким образом, запланированная дискуссия опять свелась к разговору специалистов и промышленников между собой, что, конечно, полезно, но недостаточно чтобы решать существующие проблемы лекарственного обеспечения.

ИнтерНьюс

Старикам не до сна

Согласно результатам исследования, проведенного учеными университета графства Суррей (Великобритания) под руководством профессора Дерка-Жана Дийка, здоровые пожилые люди, не страдающие нарушениями сна, меньше нуждаются в глубоком сне и чувствуют себя менее сонными в дневное время, чем здоровые молодые люди. Оказалось, что суммарная продолжительность ночного сна человека в сутки прогрессивно снижается с возрастом даже при сохранении восьмичасового «постельного» периода. Более того, искусственное нарушение периодов медленного сна в течение двух ночей вызывало сходные реакции во всех возрастных группах. Это проявлялось в увеличении потребности в ночном сне и увеличением периодов глубокого сна в течение ночи. По словам авторов, это указывает на то, что снижение дневной сонливости при ассоциированных с возрастом изменениях режима сна нельзя объяснить невосприимчивостью к вариациям режима. Судя по всему, процесс нормального старения сопровождается уменьшением продолжительности и глубины сна, необходимых для обеспечения дневного бодрствования. Всего в исследовании участвовало 110 не имеющих жалоб на нарушения сна практикующих здоровых человека: 44 молодых (20–30 лет), 35 среднего возраста (40–55 лет) и 31 пожилой (66–83 года). После первого восьмичасового тестирования качества сна участников случайным образом разделили на две группы. Медленный сон участников одной группы в течение двух ночей нарушали с помощью звуковых сигналов. Третья ночь была отдана под восстановительный сон. Сон группы контроля не тревожили в течение всех трех ночей. Качество ночного сна оценивали с помощью метода полисомнографии, а потребность во сне — с помощью множественного теста на скрытую сонливость (Multiple Sleep Latency Test, MSLT) и Каролинской шкалы сонливости (Karolinska Sleepiness Scale). В результате оказалось, что ночью пожилые люди спят в среднем примерно на 20 минут меньше, чем люди среднего возраста, которые, в свою очередь, спят на 23 минуты меньше молодых людей. Количество пробуждений и продолжительность периодов бодрствования после первого засыпания значительно увеличиваются с возрастом, тогда как продолжительность глубокого медленного сна — сокращается. Несмотря на это, в течение дня старики проявляют меньше объективной и субъективной потребности во сне, чем более молодые люди. Когда участникам в дневное время предлагали лечь в кровать, принять удобное положение и попытаться заснуть, молодые люди засыпали в среднем в течение 8,7 минут, в то время как людям среднего возраста для этого требовалось 11,7 минут, а пожилым — 14,2 минут. Авторы отмечают, что причины связанного с возрастом снижения потребности в медленном сне еще предстоит выяснить. К возможным факторам относятся изменения гормонального фона и особенности функционирования мозга в пожилом возрасте. Они также добавляют, что в рамках исследования не проводили оценку сонливости в вечерние часы, когда пожилые люди могут ощущать себя более сонными, чем молодые. Авторы считают, что полученные ими данные необходимо учитывать при лечении бессонницы у пожилых людей, которая в некоторых случаях может быть мнимой: жалобы на бессонницу могут быть вызваны тем, что старики не осознают, что прекрасно выспались, ориентируясь только на укоротившееся время сна.

Источник: Sleep

Нет манжет — нет проблем

Доктор Л. Жаркова оценила значение фармакоэпидемиологического исследования для оптимизации диагностики и фармакотерапии артериальной гипертензии у детей и подростков. Было проведено многоцентровое фармакоэпидемиологическое исследование в 5 городах Центрального федерального округа России, оценивалась существующая практика диагностики и лечения артериальной гипертензии. Оказалось, что теоретические знания по диагностике артериальной гипертензии большинство педиатров не могут применить из-за отсутствия возрастных манжет для измерения артериального давления, отсутствия навыков оценки результатов измерения артериального давления с использованием процентильных таблиц. Большинство врачей не знакомы с современными антигипертензивными препаратами. Улучшение качества диагностики и терапии артериальной гипертензии в детском возрасте возможно путем внедрения образовательных программ для врачей педиатров.

Источник: Клиническая фармакология и фармакоэкономика, 2009, № 1

ИнтерНьюс

Американский суд признал незаконной монополию на гены рака груди

Федеральный суд Южного округа Нью-Йорка признал незаконными патенты на варианты генов, связанные с повышенным риском развития онкологических заболеваний. Соответствующее решение было вынесено судьей Робертом Свитом. Судебное разбирательство по иску Американского союза гражданских свобод, других общественных организаций и частных лиц к компании Myriad Genetics и Офису патентов и торговых марок США было инициировано в мае прошлого года. Истцы намеревались оспорить принадлежащие Myriad патенты на гены BRCA1 и BRCA2, с которыми связано подавляющее большинство случаев наследственного рака молочной железы и яичников. Myriad Genetics является эксклюзивным производителем тест-систем, предназначенных для выявления этих генов. По мнению истцов, патенты на связанные с наследственными заболеваниями гены ограничивали обмен информацией, затрудняли доступ пациентов к диагностике и препятствовали научному прогрессу. В 152-страничном постановлении суда, в частности, отмечается, что выявленные специалистами Myriad последовательности ДНК не могут быть объектом патентного права, поскольку не отличаются от последовательностей, существующих в природе. Кроме того, по мнению суда, метод сопоставления последовательностей ДНК для выявления опасных генов представляет собой «абстрактный умственный процесс», и также не может быть защищен патентом. Решение нью-йоркского суда может иметь далекоидущие последствия для биотехнологической индустрии США. По оценкам американских экспертов, в настоящее время в США около 20 процентов генов, составляющих геном человека, защищены патентами, принадлежащими различным коммерческим структурам. Дальнейшие исследования этих генов, а также разработка методов диагностики и лечения связанных с ними заболеваний невозможны без получения лицензии от обладателя патента. Многие заинтересованные организации могут последовать примеру Американского союза гражданских свобод и попытаться оспорить в суде патенты на другие генетические исследования.

Источник: Medportal.ru

Специалисты США: кошки и собаки опасны для своих хозяев

Никто не станет спорить с тем, что кошки и собаки доставляют большую радость людям. Однако домашние питомцы представляют для своих хозяев и немалую опасность, уверены американские специалисты. И эта опасность состоит не в том, что животное может напасть на своего владельца и, например, зарыть или сильно поранить его. Такое, к счастью, происходит крайне редко. В основном люди получают травмы из-за того, что падают и ломают руки или ноги, споткнувшись о своего питомца, или в погоне за ним, или играя со своим любимцем. Согласно обнародованным здесь данным Национального центра по предотвращению ранений, ежегодно в США более 80 тысяч человек получают травмы из-за своих кошек или собак. Причем, как показал анализ имеющихся данных, чаще различного рода травмы получают владельцы собак. Происходит это в основном во время прогулок. Собаки могут толкнуть или резко потянуть своего хозяина. Кроме того, люди травмируются, пытаясь поймать своих четвероногих друзей. В этом плане коты, с которыми не нужно выходить на улицу, гораздо менее «травмоопасны» для своих владельцев. По данным специалистов Национального центра по предотвращению ранений, хозяева американских кошек в 7,5 раза реже оказываются по их вине на приеме у травматолога, чем владельцы собак. Понятно, что полностью избежать несчастных случаев, невольными виновниками которых становятся животные, не удастся, однако можно снизить их число, утверждают специалисты. Для этого необходимо быть внимательным во время прогулок с собаками и соблюдать осторожность, играя с кошками. Кроме того, владельцам собак следует их лучше воспитывать, отмечают ветеринары. Необходимо помнить также, что падение и травмы могут спровоцировать не только сами животные, но и связанные с ними предметы — игрушки, миски с водой и кормом и тому подобное. Согласно последним данным Американской ассоциации ветеринаров, в настоящее время в США 43 миллиона семей имеют собак и 37,5 миллиона — кошек. Причем 64 процента семей не ограничиваются одним животным и содержат несколько собак или несколько кошек, или собаку и кошку.

Источник: <http://news.mail.ru/society/3679928>

Семья Боткиных, несомненно, одна из самых замечательных российских семей, которая дала стране, да и миру, много выдающихся людей на самых разнообразных поприщах. Некоторые ее представители до революции оставались промышленниками и торговцами, но другие целиком ушли в науку, в искусство, в дипломатию и достигли не только всероссийской, но и европейской известности. Боткинскую семью очень верно характеризует биограф одного из самых выдающихся ее представителей, знаменитого клинициста, лейб-медика Сергея Петровича: «С.П. Боткин происходил из чистокровной великорусской семьи, без малейшей примеси иноземной крови и тем самым служит блестящим доказательством, что если к даровитости славянского племени присоединяют обширные и солидные познания, вместе с любовью к настойчивому труду, то племя это способно выставлять самых передовых деятелей в области общеевропейской науки и мысли».

У врачей фамилия Боткин в первую очередь вызывает ассоциации с болезнью Боткина (острым вирусным паренхиматозным гепатитом), болезнь названа в честь Сергея Петровича Боткина, изучавшего желтухи и первым предположившего их инфекционный характер. Кто-то может вспомнить про клетки (тельца, тени) Боткина-Гумпрехта — остатки разрушенных клеток лимфоидного ряда (лимфоцитов и др.), обнаруживаемые при микроскопии мазков крови, их количество отражает интенсивность процесса разрушения лимфоцитов. Еще в 1892 г. Сергей Петрович Боткин обратил внимание на лейколиз как на фактор, «играющий первенствующую роль в самозащите организма», большую даже, чем фагоцитоз. Лейкоцитоз в опытах Боткина как с впрыскиванием туберкулина, так и с иммунизацией лошадей против столбнячного токсина, в дальнейшем сменялся лейколизом, и этот момент совпадал с критическим падением. То же было отмечено Боткиным и при фибринозной пневмонии. Позднее указанным явлением заинтересовался сын Сергея Петровича — Евгений Сергеевич Боткин, которому и принадлежит сам термин лейколиз. Евгений Сергеевич позже описал лизированные клетки в крови при брюшном тифе, но не при хроническом лимфолейкозе. Но насколько хорошо помнят Боткина-врача старшего, настолько незаслуженно забыт Боткин-врач младший...

Евгений Боткин родился 27 мая 1865 г. в Царском Селе в семье выдающегося русского ученого и врача, основателя экспериментального направления в медицине Сергея Петровича Боткина, лейб-медика Александра II и Александра III. Он был 4-м ребенком Сергея Петровича от 1-го его брака с Анастасией Александровной Крыловой. Атмосфера в семье, домашнее воспитание сыграли большую роль в формировании личности Евгения Сергеевича. Финансовое благополучие рода Боткиных было заложено предпринимательской деятельностью деда Евгения Сергеевича Петра Кононовича, известного поставщика чая. Процент от торгового оборота, предназначенный каждому из наследников, позволял выбирать им дело по душе, заниматься самообразованием и вести жизнь, не очень обремененную финансовыми заботами. В роду Боткиных было много творческих личностей (художников, литераторов и т. п.). Боткины состояли в родстве с Афанасием Фетом, Павлом Третьяковым. Сергей Петрович был поклонником музыки, называя занятия музыкой «освежающей ванной», играл на виолончели под аккомпанемент жены и под руководством профессора И.И. Зейферта. Евгений Сергеевич получил основательное музыкальное образование и приобрел тонкий музыкальный вкус.

На знаменитые Боткинские субботы собирался столичный бомонд: приходили профессора Военно-медицинской академии, писатели и музыканты, коллекционеры и художники. Среди них — И.М. Сеченов, М.Е. Салтыков-Щедрин, А.П. Бородин, В.В. Стасов, Н.М. Якубович, М.А. Балакирев, Николай Андреевич Белоголовый, друг и биограф С.П. Боткина, общественный деятель и врач, отмечал: «Окруженный своими 12 детьми в возрасте от 30 лет до годовалого ребенка... он представлялся истинным библейским патриархом; дети его обожали, несмотря на то, что он умел поддерживать в семье большую дисциплину и слепое повиновение себе». О матери Евгения Сергеевича Анастасии Александровне: «Что ее делало лучше всякой красавицы — это тонкое изящество и удивительная тактичность, разлитые во всем ее существе и бывшие следствием той солидной школы благородного воспитания, через которую она прошла. А воспитана она была замечательно многосторонне и основательно... В довершение сего, она была очень умна, остроумна, чутка ко всему хорошему и доброму... И матерью она была самою образцовой в том отношении, что, страстно любя своих детей, умела сохранить необходимое педагогическое самообладание, внимательно и умно следила за их воспитанием, вовремя искореняла зарождающиеся в них недостатки».

Уже в детские годы в характере Евгения Сергеевича проявлялись такие качества, как скромность, доброе отношение к окружающим и неприятие насилия. В книге Петра Сергеевича Боткина «Мой брат» есть такие строчки: «С самого нежного возраста его прекрасная и благородная натура была полна совершенства... Всегда чуткий, из деликатности, внутренне добрый, с необычайной душой, он испытывал ужас от любой схватки или драки... Он, по обыкновению своему, не участвовал в наших поединках, но, когда кулачный бой принимал опасный характер, он, рискуя получить травму, останавливал дерущихся. Он был очень прилежен и смьшлен в учебе». Начальное домашнее образование позволило Евгению Сергеевичу в 1878 г. поступить сразу в 5-й класс 2-й Петербургской классической гимназии, где проявились блестящие способности юноши в естественных науках. После окончания гимназии в 1882 г. он поступил на

физико-математический факультет Петербургского университета. Однако пример отца-врача и поклонение медицине оказались сильнее, и в 1883 г., сдав экзамены за первый курс университета, он поступил на младшее отделение открывшегося приговорительного курса Военно-медицинской академии (ВМА).

В год смерти отца (1889) Евгений Сергеевич успешно окончил академию третьим в выпуске, был удостоен звания лекаря с отличием и именной Пальцевской премии, которую присуждали «третьему по старшинству баллов в своем курсе...». Врачебный путь Е.С. Боткина начался в январе 1890 г. с должности врача-ассистента Мариинской больницы для бедных. В декабре 1890 г. на собственные средства он был командирован за границу для научных целей. Занимался у ведущих европейских ученых, знакомился с устройством берлинских больниц. По окончании заграничной командировки в мае 1892 г. Евгений Сергеевич приступил к работе врачом придворной капеллы, а с января 1894 г. вернулся к исполнению врачебных обязанностей в Мариинской больнице в качестве сверхштатного ординатора.

Одновременно с клинической практикой Е.С. Боткин занимался научным поиском, основными направлениями которого были вопросы иммунологии, сущности процесса лейкоцитоза, защитных свойств форменных элементов крови. Свою диссертацию на соискание степени доктора медицины «К вопросу о влиянии альбумоз и пептонов на некоторые функции животного организма», посвященную отцу, он блестяще защитил в ВМА 8 мая 1893 г. Официальным оппонентом на защите был И.П. Павлов.

Весной 1895 г. Е.С. Боткин командирован за границу и два года проводит в медицинских учреждениях Хайдельберга и Берлина, где слушает лекции и занимается практикой у ведущих немецких врачей — профессоров Г. Мунка, Б. Френкеля, П. Эрнста и других. Научные труды и отчеты заграничных командировок были опубликованы в «Больничной газете Боткина» и в «Трудах общества русских врачей».

В мае 1897 г. Е.С. Боткин был избран приват-доцентом ВМА. Вот несколько слов из вступительной лекции, прочитанной студентам ВМА 18 октября 1897 г.: «Раз приобретенное вами доверие больных переходит в искреннюю привязанность к вам, когда они убеждаются в вашем неизменно сердечном к ним отношении. Когда вы входите в палату, вас встречает радостное и приветливое настроение — драгоценное и сильное лекарство, которым вы нередко гораздо больше поможете, чем микстурами и порошками... Только сердце для этого нужно, только искреннее сердечное участие к больному человеку. Так не скупитесь же, причайтесь широкой рукой давать его тому, кому оно нужно. Так, пойдем любовью к больному человеку, чтобы вместе учиться, как ему быть полезным». В 1898 г. выходит труд Евгения Сергеевича «Больные в больнице», а в 1903 г. — «Что значит «баловать» больных?»

С началом Русско-японской войны (1904) Евгений Сергеевич ушел в действующую армию добровольцем и был назначен заведующим медицинской частью Российского общества Красного Креста (РОКК) в Маньчжурской армии. Занимая достаточно высокую административную должность, он, тем не менее, предпочитал большую часть времени проводить на передовых позициях. Очевидцы рассказывали, что однажды на перевязку был доставлен раненый ротный фельдшер. Сделав все, что положено, Боткин взял сумку фельдшера и пошел на передовую. Скорбные мысли, которые вызвала о горячего патриота эта позорная война, свидетельствовали о его глубокой религиозности: «Удручаю все более и более ходом нашей войны, и потому больно... что целая масса наших бед есть только результат отсутствия у людей духовности, чувства долга, что мелкие расчеты становятся выше понятий об Отчизне, выше Бога». Отношение к этой войне и свое предназначение в ней Евгений

Продолжение на стр. 5



Евгений Сергеевич Боткин

Начало на стр. 4 ↗

Сергеевич показал в изданной в 1908 г. книге «Свет и тени Русско-японской войны 1904—1905 гг.: Из писем к жене». Вот некоторые из его наблюдений и мыслей. «За себя я не боялся: никогда еще я не ощущал в такой мере силу своей веры. Я был совершенно убежден, что как ни велик риск, которому я подвергался, я не буду убит, если Бог того не пожелает. Я не дразнил судьбу, не стоял у орудий, чтобы не мешать стреляющим, но я сознавал, что я нужен, и это сознание делало мое положение приятным». «Сейчас прочел все последние телеграммы о падении Мукдена и об ужасном отступлении нашем к Тельпину. Не могу передать тебе своих ощущений... Отчаяние и безнадежность охватывает душу. Что-то будет у нас в России? Бедная, бедная родина» (Чита, 1 марта 1905 г.). «За отличие, оказанное в делах против японцев», Евгений Сергеевич был награжден орденами святого Владимира III и II степени с мечами.

Внешне очень спокойный и волевой, доктор Е.С. Боткин был человеком сентиментальным, с тонкой душевной организацией. Вновь обратимся к книге П.С. Боткина «Мой брат»: «...я приехал на могилу к отцу и вдруг на пустынном кладбище услышал рыдания. Подойдя ближе, увидел лежащего на снегу брата (Евгения). «Ах, это ты, Петя, вот пришел с папой поговорить», — и снова рыдания. А через час никому во время приема больных и в голову не могло прийти, что этот спокойный, уверенный в себе и властный человек мог рыдать, как ребенок».

Доктор Боткин 6 мая 1905 г. был назначен почетным лейб-медиком императорской семьи. Осенью 1905 г. Евгений Сергеевич возвратился в Петербург и приступил к преподавательской работе в академии. В 1907 г. он был назначен главным врачом общины святого Георгия в столице.

В 1907 г. после смерти Густава Гирша царская семья осталась без лейб-медика. Кандидатура нового лейб-медика была названа самой императрицей, которая на вопрос, кого бы она хотела видеть лейб-медиком, ответила: «Боткина». Когда ей сказали о том, что сейчас в Петербурге одинаково известны два Боткина, сказала: «Того, что был на войне!» (Хотя и брат Сергей Сергеевич тоже был участником Русско-японской войны.) Таким образом, 13 апреля 1908 г. Евгений Сергеевич Боткин стал лейб-медиком семьи последнего российского императора, повторив карьерный путь отца, бывшего лейб-медиком двух русских царей (Александра II и Александра III). Е.С. Боткин был старше своего августейшего пациента — государя Николая II — на три года.

Семью царя обслуживал большой штат врачей (среди которых были самые разные специалисты: хирурги, окулисты, акушеры, дантисты), врачей, более титулованных, чем скромный приват-доцент ВМА. Но доктора Боткина отличали нечастый талант клинического мышления и еще более редко встречающееся чувство искренней любви к своим больным. В обязанности лейб-медика входило лечение всех членов царской фамилии, что он тщательно и скрупулезно выполнял. Приходилось обследовать и лечить императора, обладавшего удивительно крепким здоровьем, великих княжон, переболевших, казалось, всеми известными детскими инфекциями. Николай II с большой симпатией и доверием относился к своему доктору. Он терпеливо выдерживал все лечебно-диагностические процедуры, назначаемые доктором Боткиным. Но наиболее сложными пациентами были императрица Александра Федоровна и наследник престола цесаревич Алексей. Маленькой девочкой будущая императрица перенесла дифтерию, осложнением которой стали

Правда, отношения с царской семьей не всегда были гладкими и безоблачными, что в основном объясняется принципиальностью самого доктора, который при всей своей преданности не был слепым исполнителем и никогда не шел на компромисс в вопросах личного понимания нравственных основ человеческих отношений. Так, получила от него отказ на просьбу осмотреть на дому Г.Е. Распутину сама императрица. В ответ на просьбу доктор Боткин заявил: «Оказать медицинскую помощь любому — мой долг. Но на дому такого человека не приму». Это вызвало неприязнь Александры Федоровны, которая после одного из страшных кризисов болезни сына осенью 1912 г., когда Е.С. Боткин, профессор С.П. Федоров и почетный лейб-хирург В.Н. Деревенко признали свое бессилие перед болезнью, считая состояние Алексея безнадежным, безоговорочно доверяла Распутину.

Как врач и как нравственный человек, Евгений Сергеевич никогда в частных беседах не касался вопросов здоровья своих высочайших пациентов. Начальник канцелярии Министерства Императорского двора генерал А.А. Мосолов отмечал: «Боткин был известен своей сдержанностью. Никому из свиты не удалось узнать от него, чем больна государыня и какому лечению следуют царица и наследник. Он был, безусловно, преданный их величествам слуга».

При всех перипетиях в отношениях с царственными особами доктор Боткин был влиятельным человеком в царском окружении. Фрейлина, подруга и доверенное лицо императрицы Анна Вырубова (Танеева) утверждала: «Верный Боткин, назначенный самой императрицей, был очень влиятелен».

Сам Евгений Сергеевич был далек от политики, однако, как человек неравнодушный, как патриот своей страны, он не мог не видеть пагубности общественных настроений в ней, которые считал основной причиной поражения России в войне 1904—1905 гг. Он очень хорошо понимал, что ненависть к царю, к императорской фамилии, разжигаемая радикальными революционными кругами, выгодна лишь врагам России, той России, которой служили его предки, за которую он сам сражался на полях Русско-японской войны, России, вступавшей в жесточайшую и кровавую мировую схватку. Он презирал людей, использовавших грязные способы для достижения своих целей, сочинявших куртуазные нелепицы о царской семье и ее нравах. О таких он отзывался следующим образом: «Если бы не было Распутина, то противники царской семьи и подготовители революции создали бы его своими разговорами из Вырубовой, не будь Вырубовой, из меня, из кого хочешь». И еще: «Я не понимаю, как люди, считающие себя монархистами и говорящие об обожании Его Величества, могут так легко верить всем распространяемым сплетням, могут сами их распространять, возводя всякие небывшие на Императрицу, и не понимают, что, оскорбляя ее, они тем самым оскорбляют ее августейшего супруга, которого якобы обожают».

Не была гладкой и семейная жизнь Евгения Сергеевича. Увлечшись революционными идеями и молодым (на 20 лет моложе) студентом Рижского политехнического техникума, в 1910 г. от него уходит жена Ольга Владимировна. На попечении доктора Боткина остаются трое младших детей: Дмитрий, Татьяна и Глеб (старший, Юрий, жил уже отдельно). Но от отчаяния спасали дети, беззаветно любившие и обожавшие отца, всегда ждавшие с нетерпением его прихода, тревожащиеся при его длительном отсутствии. Евгений Сергеевич отвечал им тем же, однако ни разу не воспользовался своим особым положением для создания им каких-то особых условий. Внутренние убеждения не позволили ему замолвить слово за сына Дмитрия, хорунжего лейб-гвардии казачьего полка, который с началом войны 1914 г. ушел на фронт и героически погиб 3 декабря 1914 г., прикрывая отход разведывательного казачьего дозора. Гибель сына, посмертно награжденного за героизм Георгиевским крестом IV степени, стала до конца дней незаживающей душевной раной отца.

А вскоре в России произошло событие по масштабам более фатальное и губительное, чем личная драма... После февральского переворота императрица с детьми новыми властями были заключены в Александровском дворце Царского Села, чуть позже к ним присоединился бывший самодержец. Всем из окружения бывших правителей комиссарами Временного правительства было предложено на выбор либо остаться с узниками, либо оставить их. И многие, еще вчера клявшиеся в вечной верности императору и его семье, оставили их в это трудное время. Многие, но не такие, как лейб-медик Боткин. На самое короткое время он оставит Романовых для того, чтобы оказать помощь больной тифом вдове своего сына Дмитрия, жившей здесь же в Царском Селе, напротив большого Екатерининского дворца, в квартире самого доктора по улице Садовой, 6. Когда же состояние ее перестало внушать опасения, он без просьб и принуждения вернулся к затворникам Александровского дворца.

Царь и царица были обвинены в государственной измене, и по этому делу шло следствие. Обвинение бывшего царя и его супруги не нашло подтверждения, однако Временное правительство ощущало страх перед ними и не пошло на их освобождение. По предложению архимандрита Гермогена, четырьмя ключевыми министрами Временного правительства (Г.Е. Львовым, М.И. Терещенко, Н.В. Некрасовым, А.Ф. Керенским) было принято решение о направлении царской семьи в Тобольск. В ночь с 31 июля на 1 августа 1917 г. семья направилась поездом в Тюмень. И на этот раз свите предлагалось покинуть семью бывшего императора, и опять нашлись те, кто сделал это. Но немногие сочли

ИнтерНьюс

В США выросло число случаев врожденного сифилиса

Американские медики зафиксировали рост числа случаев врожденного сифилиса, сообщает пресс-служба Центров по контролю и профилактике заболеваний США (CDC). Специалисты ведомства провели анализ данных о заболеваемости врожденным сифилисом в стране за период 2003—2008 год. По данным CDC, заболеваемость американцев врожденным сифилисом неуклонно снижалась в течение 14 лет. Однако с 2005 по 2008 год был зафиксирован рост этого показателя почти на четверть. В частности, частота заболевания сифилисом у детей в возрасте до 1 года увеличилась с 8,2 случая на 100 тысяч родов в 2005 году до 10,1 случая в 2008-м. Специалисты Центров по контролю и профилактике заболеваний считают, что рост этого показателя связан с увеличением заболеваемости сифилисом среди женщин на 38%, которое было зафиксировано в 2004—2007 годах. Наиболее значительный рост числа случаев инфекции был зафиксирован у чернокожих американок, проживающих на юге США. Эксперты CDC предположили, что увеличение показателей заболеваемости сифилисом среди женщин связано с приемом наркотических веществ и вовлеченностью в занятия проституцией. Специалисты отметили, что рост этих показателей может спровоцировать дальнейшее увеличение заболеваемости врожденным сифилисом в США. По информации американских Центров по контролю и профилактике заболеваний, в 2008 году в стране было зарегистрировано 13,5 тысячи случаев сифилиса, что на 18% больше, чем в 2007. 63% случаев инфекции было зафиксировано у гомосексуальных мужчин.

Источник:

<http://medportal.ru/mednovosti>

Люди рождаются одинаковыми, а умирают разными

«К старикам традиционно относятся как к некой однородной группе, состоящей из одиноких, больных и беспомощных людей. Однако различия между ними с возрастом только увеличиваются», считает исследователь из Университета Гутенберга Бо Эрикссон. «Такое восприятие ведет к возрастной дискриминации, а ведь с возрастом эти люди все меньше соответствуют общепринятым стереотипам», — утверждает он. Эрикссон представил результаты уникального по своей масштабности исследования, получившего название «Н-70». Его участниками стали люди, родившиеся в 1901—1902 годах и наблюдавшиеся в возрасте от 70 до 90 лет. Эрикссон исследовал влияние социального статуса пожилых людей на длительность их жизни и предложил четыре механизма, определяющих эту зависимость. Первые два обусловлены социальными обязательствами и соглашениями, которые усиливают сходство между пожилыми людьми. Третий реализуется в зависимости от того, как человек выстраивает и поддерживает уважение к самому себе, насколько успешно он реагирует на перемены. Четвертый включает в себя регулярное взаимодействие с другими людьми и общение. Они снижают уровень тревожности и дают ощущение поддержки при принятии ежедневных решений, а также улучшают память и внимание и тренируют мозг. Для прогнозирования продолжительности жизни Эрикссон использовал два метода, один из которых базируется на расчете вероятности тех или иных событий и лежит в основе искусственных нейронных сетей и исследовательский искусственный интеллект. Оказалось, что этот метод более применим для сложных ситуаций, где не срабатывают традиционные методики.

Источник:

Портал «Вечная молодость»
<http://vechnayamolodost.ru>



Петроверигский переулок. Усадьба Боткиных

приступы болей в суставах, отеки ног, сердцебиение, аритмию. Отеки вынуждали Александру Федоровну носить специальную обувь, отказаться от долгих прогулок, а приступы сердцебиения и головные боли неделями не позволяли ей вставать с постели. Однако главным объектом усилий Евгения Сергеевича был цесаревич Алексей, родившийся с опасным и фатальным заболеванием — гемофилией. Именно с цесаревичем проводил большую часть своего времени Е.С. Боткин, иногда при угрожающих жизни состояниях днями и ночами не отходя от постели больного Алексея, окружая его человеческой заботой и участием, отдавая ему все тепло своего щедрого сердца. Такое отношение находило взаимный отклик со стороны маленького пациента, который напишет своему врачу: «Я Вас люблю всем своим маленьким сердцем». Сам Евгений Сергеевич также искренне привязался к члену царской семьи, не раз говоря домочадцам: «Своей добротой они сделали меня рабом до конца дней моих».

Продолжение на стр. 6 ↘

ИнтерНьюс

Даже в старости мужчины остаются мужчинами

Всем известно, что юноши постоянно думают о сексе, но, оказывается, многие мужчины интересуются этим до самой смерти. Согласно проведенному американскими учеными исследованию, 67% мужчин и 40% женщин в возрасте от 65 до 74 лет занимались сексом в течение последних 12 месяцев, а в возрастной группе от 75 до 85 лет — соответственно более трети мужчин и всего 17% женщин. Конечно, некоторые при этом используют «Виагру», «однако такая разница в сексуальной активности между пожилыми мужчинами и женщинами объясняется не только маленькой синей таблеткой, выпущенной в 1998 году», так как часть собранных данных относится еще к 1995—1996 годам, отмечает издание. Авторы исследования, Стейси Тесслер Линда и Наталья Гаврилова из Чикагского университета, вводят понятие «средняя продолжительность половой жизни», которая у 30-летних мужчин составляет 35 лет, а у 30-летних женщин — 31 год. «Однако женщины живут примерно на пять лет дольше мужчин, так что получается, что женщины в последние годы жизни примерно в два раза дольше обходятся без секса, чем мужчины», — делает вывод издание. Замужние женщины в возрасте от 57 до 64 лет занимаются сексом примерно с той же частотой, что и мужчины этой возрастной группы. Однако заинтересованность в половом акте в этом возрасте проявляют 77% женатых мужчин и 36% замужних женщин, что означает, что многие немолодые женщины занимаются сексом, не желая этого, отмечает корреспондент Джон Клауд. Причины такого расхождения в вопросе интереса к сексу в зрелом возрасте не до конца ясны. В статье признается также, что с возрастом из-за проблем со здоровьем качество секса ухудшается. Пожилым женщинам, вынужденным идти на интимную близость против воли или без удовольствия, остается утешаться тем, что мужчины раньше умирают.

Источник:

Портал «Вечная молодость»
<http://vechnayamolodost.ru>

Материнская смертность в мире сократилась в полтора раза за 30 лет

Показатели материнской смертности в мире сократились в полтора раза за последние 30 лет, сообщает ВВС. Эти данные были получены в ходе исследования, проведенного группой специалистов американского Университета Вашингтона (University of Washington) в Сиэтле под руководством Кристофера Мюррея. Американские ученые проанализировали данные по материнской смертности из 181 страны за период с 1980 по 2008 год. Выяснилось, что в 1980 году в мире умерло около 526,3 тысячи беременных и недавно родивших женщин. В 2008 году этот показатель составил 342,9 тысячи женщин, более половины из которых жили в шести странах: Афганистане, Индии, Конго, Нигерии, Пакистане и Эфиопии. По данным исследования, частота материнских смертей в 1980 году составила 422 случая, в 1990 — 320 случаев, а в 2008 году — 251 случай на 100 тысяч родов. В среднем с 1990 года этот показатель ежегодно сокращался на 1,3%, однако данные по отдельным странам сильно разнятся. В частности, ученые с удивлением обнаружили, что в США частота материнских смертей увеличилась с 12 случаев в 1990 году до 17 случаев на 100 тысяч родов в 2008. Максимальное снижение показателя материнской смертности на 100 тысяч родов с 1990 по 2008 год было зафиксировано на Мальдивах (на 8,8 процента ежегодно). Наибольший рост этого показателя был отмечен в Зимбабве — на 5,5% в год. Результаты исследования группы американских ученых противоречат данным статистики ООН, полученным в ходе предыдущих исследований. В частности, по информации Всемирной организации здравоохранения, мировые показатели материнской смертности с 1990 года практически не изменились и составляют 400 смертей на 100 тысяч родов в год.

Источник:

<http://news.bbc.co.uk/2/hi/health/8616250.stm>

Начало на стр. 4, 5 ↗

долгом разделить участь бывших царствующих особ. Среди них Евгений Сергеевич Боткин. На вопрос царя, как же он оставит детей (Татьяну и Глеба), доктор ответил, что для него нет ничего выше, чем забота об Их Величествах.

3 августа изгнанники прибыли в Тюмень, оттуда 4 августа пароходом отбыли в Тобольск. В Тобольске около двух недель пришлось прожить на пароходе «Русь», затем 13 августа царская семья была размещена в бывшем губернаторском доме, а свита, включая врачей Е.С. Боткина и В.Н. Деревенко, в доме рыботорговца Корнилова рядом. В Тобольске предписывалось соблюдать царскосельский режим, то есть никого не выпускали за пределы отведенных помещений, кроме доктора Боткина и доктора Деревенко, которым разрешалось оказывать медицинскую помощь населению.

В Тобольске у Боткина было две комнаты, в которых он мог проводить прием больных. Об оказании медицинской помощи жителям Тобольска и солдатам охраны Евгений Сергеевич напишет в своем последнем в жизни письме: «Их доверие меня особенно трогало, и меня радовала их уверенность, которая их никогда не обманывала, что я приму их с тем же вниманием и лаской, как всякого другого больного и не только как равного себе, но и в качестве больного, имеющего все права на все мои заботы и услуги».

14 сентября 1917 г. в Тобольск прибыли дочь Татьяна и сын Глеб. Татьяна оставила воспоминания о том, как они жили в этом городе. Она воспитывалась при дворе и дружила с одной из дочерей царя — Анастасией. Следом за ней в город прибыл бывший пациент доктора Боткина, поручик Мельник. Константин Мельник был ранен в Галиции, и доктор Боткин лечил его в Царскосельском госпитале. Позже поручик жил у него дома: молодой офицер, сын крестьянина, был тайно влюблен в Татьяну Боткину. В Сибирь он приехал для того, чтобы охранять своего спасителя и его дочь. Боткину же он неуловимо напоминал погибшего любимого сына Дмитрия. Мельник вспоминал, что в



Дом сопровождающих экс-царя в Тобольске

Тобольске Боткин лечил и горожан, и крестьян из окрестных деревень, но денег не брал, и те совали их привозившим доктором извозчикам. Это было очень кстати — заплатить им доктор Боткин мог не всегда.

Поручик Константин Мельник и Татьяна Боткина обвенчались в Тобольске, незадолго до того как город заняли белые. Там они прожили около года, потом через Владивосток добрались до Европы и, в конце концов, обосновались во Франции. Потомки Евгения Сергеевича Боткина до сих пор живут в этой стране.

В апреле 1918 г. в Тобольск прибыл близкий друг Я.М. Свердлова комиссар В. Яковлев, который сразу же объявил врачей также арестованными. Однако вследствие неразберихи ограниченным в свободе передвижений оказался только доктор Боткин. В ночь с 25 на 26 апреля 1918 г. бывший царь с женой и дочерью Марией, князь Долгоруков, Анна Демидова и доктор Боткин под конвоем отряда особого назначения уже нового состава под руководством Яковлева были направлены в Екатеринбург. Характерный пример: страдая от холода и почечных колик, доктор отдал свою шубу княжне Марии, у которой не было теплых вещей. После определенных мятурств арестанты добрались до Екатеринбурга. 20 мая сюда прибыли остальные члены царской семьи и кое-кто из свиты. Дети Евгения Сергеевича остались в Тобольске. Дочь Боткина вспоминала об отъезде своего отца из Тобольска: «О докторе не было никаких распоряжений, но еще в самом начале, услышав, что Их Величества едут, мой отец объявил, что он поедет с ними.

«А как же Ваши дети?» — спросила ее Величество, зная наши отношения и те ужасные беспокойства, которые мой отец переживал всегда в разлуке с нами. На это мой отец ответил, что на первом месте для него стоят интересы Их Величеств. Ее Величество до слез была тронута и особенно благодарилась».

Режим содержания в доме особого назначения (особняк инженера Н.К. Ипатьева), где были размещены царская семья и ее преданные слуги, разительно отличался от режима в Тобольске. Но и здесь Е.С. Боткин пользовался доверием солдат охраны, которым он оказывал медицинскую помощь. Через него шло сношение венценосных узников с комендантом дома, которым с 4 июля становится Яков Юровский, и членами Уральского совета. Доктор ходатайствовал о прогулках для узников, о допуске к Алексею его преподавателя С.И. Гиббса и воспитателя Пьера Жильяра, всячески старался облегчить режим содержания. Поэтому его имя все чаще встречается в последних дневниковых записях Николая II.

Иоганн Мейер, австрийский солдат, попавший в русский плен в годы

Первой мировой войны и перешедший на сторону большевиков в Екатеринбурге, написал воспоминания «Как погибла царская семья». В книге он сообщает о сделанном большевиками предложении доктору Боткину оставить царскую семью и выбрать себе место работы, например, где-нибудь в московской клинике. Таким образом, один из всех заключенных дома особого назначения точно знал о скорой казни. Знал и, имея возможность выбора, предпочел спасению верность присяге, данной когда-то царю. Вот как это описывает И. Мейер: «Видите ли, я дал царю честное слово оставаться при нем до тех пор, пока он жив. Для человека моего положения невозможно не сдержать такого слова. Я также не могу оставить наследника одного. Как могу я это совместить со своей совестью? Вы все должны это понять».

Данный факт созвучен содержанию документа, хранящегося в Государственном архиве Российской Федерации. Этот документ — последнее, неоконченное письмо Евгения Сергеевича, датированное 9 июля 1918 г. Многие исследователи считают, что письмо адресовано младшему брату А.С. Боткину. Однако это представляется небесспорным, так как в письме автор часто обращается к «принципам выпуска 1889 г.», к которому Александр Сергеевич никакого отношения не имел. Вероятнее, оно было адресовано неизвестному другу-курснику. «Мое добровольное заточение здесь настолько временем не ограничено, насколько ограничено мое земное существование... В сущности, я умер, умер для своих детей, для друзей, для дела. Я умер, но еще не похоронен или заживо погребен... надеждой себя не бабую, иллюзиями не убаюкиваюсь и неприкрашенной действительности смотрю прямо в глаза... Меня поддерживает убеждение, что «претерпевший до конца, тот и спасется», и сознание, что я остаюсь верным принципам выпуска 1889-го года... Вообще, если «вера без дел мертва есть», то «дела» без веры могут существовать, и если кому из нас к делам присоединится и вера, то это лишь по особой к нему милости Божьей... Это оправдывает и последнее мое решение, когда я не поколебался покинуть своих детей круглыми сиротами, чтобы исполнить свой врачевательный долг до конца, как Авраам не поколебался по требованию Бога принести ему в жертву своего единственного сына».

Предупредил ли кого-либо доктор о готовящейся расправе, мы уже никогда не узнаем, но то, что все убитые в доме Н. Ипатьева были к смерти готовы и встретили ее достойно, это отметили даже убийцы в своих воспоминаниях. В половине второго ночи 17 июля 1918 г. обитателей дома разбудил комендант Юровский и под предлогом перевода в безопасное место отдал команду всем спуститься в подвальное помещение. Здесь он объявил решение Уральского совета о казни царской семьи. Самый высокий из всех и стоявший сзади Николая и рядом с сидевшим на стуле Алексеем доктор Боткин скорее машинально, чем удивленно, сказал: «Значит, нас никуда не повезут». А после этого раздался выстрел. Забыв распределение ролей, убийцы открыли огонь только по императору. Двумя пулями, пролетевшими мимо царя, доктор Боткин был ранен в живот (одна пуля достигла поясничного отдела позвоночника, другая застряла в мягких тканях тазовой области). Третья пуля повредила оба коленных сустава доктора, шагнувшего в сторону царя и царевича. Он упал. После первых залпов убийцы добивали свои жертвы. По словам Юровского, доктор Боткин был еще жив и спокойно лежал на боку, как будто заснул. «Выстрелом в голову я прикончил его», — писал позднее Юровский.

Следователь разведки Колчака Н. Соколов, проводивший следствие по делу убийства в доме Ипатьева, среди других вещественных доказательств в яме в окрестностях деревни Коптяки недалеко от Екатеринбурга обнаружил пенсне, принадлежавшее доктору Боткину.

Последний лейб-медик последнего русского императора Евгений Сергеевич Боткин канонизирован РПЦ в 1981 вместе с другими расстрелянными в Ипатьевском доме.

По работам Аннинского Л.А., Соловьева В.Н., Боткина С.Д., Кинг Г., Вильсон П., Крылова А.Н.
А. Власова

Марек Эдельман — национальный герой Польши. Он умер 2 октября 2009 г., и на следующий день на первых полосах ведущих польских газет были опубликованы его фотографии и некрологи. Гражданскую панихиду посетили президент Польши Лех Качиньский и бывший премьер-министр Польши Тадеуш Мазовецкий.

Время и место рождения Эдельмана неизвестны. Одни источники датируют его рождение 1919-м годом, другие — 1921-м или 1922-м. Предполагают, что он появился на свет в Гомеле (Белоруссия). Вскоре семья переехала в Варшаву. Отец был связан с российскими эсерами. Он умер, когда Ма-

и еще 85 было ранено. Эдельман с небольшой группой повстанцев смогли уйти из гетто по сточной трубе. Они присоединились к Армии Крайовой во время Варшавского восстания летом 1944 года.

Эдельман вспоминал, что единственное, в чем проявлялась свобода их воли — они могли выбирать, как им умереть: «Возможно, никакой трагедии вовсе и не было. Трагедия — это когда ты волен принять какое-нибудь решение, когда что-то от тебя зависит, а там все было предreshено заранее. Сейчас, в больнице, на карту ставится жизнь — и всякий раз я должен принимать решение. Сейчас я волнуясь гораздо больше».

Вот фрагмент его диалога с Ганной Кралль: «Знаешь, в клинике, где я потом работал, была большая палата. Иногда я стоял под ней и видел палаты, в которых лежали мои больные. Это было давно, мы не имели ни теперешних лекарств, ни методик, ни аппаратуры, и многие в этих палатах были обречены. Моя задача заключалась в том, чтобы как можно больше из них спасти, — и однажды, стоя под пальмой, я вдруг понял: ведь это, собственно, та же задача, какая была у меня там. На Умшлагплаце. Тогда я тоже стоял у ворот и вытаскивал отдельных людей из толпы обреченных на смерть».

— И так ты стоишь у ворот всю жизнь?

— Фактически, да. А когда уже ничего не могу сделать — остается одно; обеспечить им комфортабельную смерть. Чтоб они ничего не подозревали, не страдали, не боялись. Чтобы не унижались. Надо дать им возможность умереть так, чтобы не уподобиться ГЕМ. Тем, с четвертого этажа на Умшлагплаце.

— Мне говорили, что в обычных, не особенно опасных случаях ты лечишь больных словно

бы по обязанности, а по-настоящему оживляешься, только когда начинается игра. Когда начинаются гонки со смертью.

— В этом-то и состоит моя роль. Бог уже собирается погасить свечу, а я должен очень быстро, воспользовавшись Его минутным невниманием, заслонить пламя. Пусть погорит хоть немного дольше, чем Он того желает. Это важно: Бог не так уж справедлив. И к тому же приятно: если что-нибудь получится, значит, худо-бедно, ты Его обставил...

— Гонки со Всевышним? Ну и гордыня!

— Знаешь, когда человек провожает других людей в вагоны, скорее всего ему потом понадобится свести с Богом кое-какие счета. А мимо меня проходили все, потому что я стоял у ворот с первого до последнего дня. Все четыреста тысяч прошли мимо меня.

Конечно, любая жизнь все равно заканчивается одинаково, но речь идет об отсрочке приговора, о восьми, десяти, пятнадцати годах. Это не так уж мало...».

После войны Эдельман женился на АLINE Марголис, медицинской сестре из Варшавского гетто, и переехал в Лодзь. Он впал глубокую апатию, и проводил недели, не вставая с постели. Наконец, жена уговорила его поступить в медицинский институт. После его окончания Эдельман начал специализироваться в кардиохирургии. Он работал в отделении внутренних болезней в своей alma mater, а в 1972 г. стал заведующим отделением интенсивной терапии в Больнице им. Н.И. Пирогова в Лодзи. В частности, он убедил известного польского кардиохирурга Яна Молля выполнять наложение артериовенозного анастомоза (артериализацию коронарной вены) для лечения инфаркта миокарда. Этот опыт нашел отражение в ряде статей (в том числе опубликованных на в 1970-е гг. на русском языке в журнале «Кардиология») и монографии «Инфаркт миокарда».

После войны Эдельман вновь стал активным участником Бунда и протестовал против прекращения работы партии в 1948 г. В 1960-х годах его дважды увольняли из больницы и не дали защитить диссертацию. Марек Эдельман остался в Польше даже после того, как его жена и дети эмигрировали во Францию в 1968 г. во время антисемитских гонений. Когда его спрашивали, почему он остался, Эдельман обычно отвечал: «Кто-то должен быть здесь, чтобы ухаживать за могилками». Каждый год 19 апреля в полдень он приносил букет желтых нарциссов к памятнику героям гетто в Варшаве. В 2009 г. он, находясь в инвалидном кресле, посетил монумент в последний раз.

В середине 1970-х Эдельман вступил в ряды демократической оппозиции, сначала в Комитет защиты рабочих, а затем в независимый профсоюз «Солидарность». В декабре 1981 г. он был принят в подпольное движение «Солидарность» и находился в его рядах до 1989 г.

«Самой важной вещью на свете является сама жизнь. А важнее всего в жизни свобода. Но люди отдают свою жизнь за свободу. Поэтому трудно сказать, что важнее — свобода или жизнь», — говорил Эдельман в одном из своих последних интервью. И так, речь идет только о том, чтобы заслонить пламя.

Болеслав Лихтерман

Редакция благодарит профессора Александра Седлиса (Нью-Йорк, Нью-Йорк) за помощь в подготовке данного некролога.

Марек Эдельман: последний участник восстания в Варшавском гетто, кардиолог и диссидент

рек был еще очень мал. Мать работала секретаршей в больнице и была членом Бунда — еврейской социалистической партии. После смерти матери (в 1934 г.) Марек начал работать, чтобы прокормить себя, и сам проникся идеями Бунда. «Они (бундовцы) верили, что Польша — это и их страна тоже, и они боролись за социалистическую Польшу, в которой каждая национальность могла бы иметь свою культурную автономию, и в которой гарантированно соблюдались бы права национальных меньшинств» — говорил Эдельман в одном из своих последних интервью.

Когда началась Вторая мировая война, Эдельман оказался в Варшавском гетто, на переполненной территории в несколько квадратных километров, окруженной трехметровой кирпичной стеной. В гетто находилось почти полмиллиона польских евреев. В июле 1942 г. немцы начали забирать в газовые камеры в Трешлинке по 5—6 тысяч человек ежедневно. Эдельман работал курьером в местной больнице и мог избавить некоторых обитателей гетто от концлагеря и смерти под предлогом того, что они больны, и их необходимо поместить в больницу.

Ганна Кралль, польская журналистка, записала воспоминания Эдельмана, объединив их в книгу «Опередить Господа Бога», впервые изданную в 1977 г. и переведенную на множество языков.¹

«Я был тогда рассылным в больнице, и в этом заключалась моя работа: стоять у ворот на Умшлагплаце и выводить больных. Наши люди выискивали тех, кого нужно было спасти, а я их выводил под видом больных».

Я был беспощаден. Одна женщина умоляла, чтобы я вывел ее четырнадцатилетнюю дочь, но я мог взять только одного человека и взял Зося, которая была нашей лучшей связной», — вспоминает Эдельман. У обитателей гетто было три пути: на кладбище, в концлагерь или в больницу, но только с разрешения немцев, которые вскоре начали проверять, кого отправляют в больницы: «Возле Умшлагплаца помещалась амбулатория. В ней работали девушки из школы медсестер, — кстати, это было единственное учебное заведение в гетто. Люба Блюм следила, чтобы все было так, как должно быть в настоящем солидном учебном заведении: белоснежные халаты, накрахмаленные шапочки и образцовая дисциплина... Чтобы вычарапать человека с Умшлагплаца, надо было доказать немцам, что он действительно болен. Больных на «скорой помощи» отправляли домой: немцы до последней минуты поддерживали в людях уверенность, что в этих вагонах их везут на работу, а работать, как известно, могут только здоровые. Ну вот, и эти девочки из амбулатории, эти медсестры, ломали ноги людям, которых следовало спасти. Клади ногу на деревянную чурку, а другой чуркой ударяли — в своих сверкающих халатиках образцовых учениц...» Эдельман приводит в пример медицинскую сестру в гетто, которая собственными руками душила новорожденных младенцев, чтобы спасти их матерей от горя, которое они бы испытали, видя, что их дети умирают от голода. Другой пример — доктор, которая давала больным детям цианистый калий: «В этом техникуме помещалась наша больница. Ее ликвидировали восьмого сентября, в последний день акции. Наверху было несколько детских палат; когда немцы вошли на первый этаж, врач-женщина успела дать детям яд».

Нет, ты тоже ничегошеньки не можешь понять. Ведь она их спасла от газовой камеры, это было просто чудо, люди считали ее героиней.

Больные лежали на полу в ожидании погрузки в вагон, а медсестры отыскивали в толпе своих отцов и матерей и впрыскивали им яд. Они берегли яд для самых близких, она же — эта врачиха — свой цианистый калий отдала чужим детям!». После войны она стала известным польским педиатром.

Эдельман был одним из основателей подпольной организации ЁОВ (Ёydowska Organizacja Wojowa — Еврейская боевая организация). Он участвовал в восстании в Варшавском гетто, которое произошло 19 апреля 1943 года, когда немцы решили ликвидировать гетто. Двести двадцать плохо вооруженных повстанцев боролись против двух тысяч хорошо вооруженных солдат. Через три недели гетто с его 40 тысячами обитателей перестало существовать. Официальные германские отчеты говорят, что тогда было убито 16 солдат,



ИнтерНьюс

С 1 апреля начали действовать предельные надбавки к ценам на лекарства

Соответствующее постановление от 24 февраля 2010 г. N 163-ПП подписал мэр Москвы Юрий Лужков. Предельные надбавки установлены для организаций оптовой торговли лекарственными средствами и аптечных учреждений (независимо от их организационно-правовой формы), осуществляющих реализацию лекарственных средств на территории города Москвы. Предельные оптовые надбавки и надбавки к фактической отпускной цене (без НДС) производителя на лекарственные средства, включенные в данный перечень, установлены в следующем размере: при фактической отпускной цене производителя до 50 руб. включительно — 20%, при фактической отпускной цене производителя от 51 до 500 руб. включительно — 15%, при фактической отпускной цене производителя свыше 500 руб. — 15%. Предельные розничные надбавки к фактической отпускной цене (без НДС) производителя на лекарственные средства, включенные в данный перечень, установлены в следующем размере: при фактической отпускной цене производителя до 50 руб. включительно — 32%, при фактической отпускной цене производителя свыше 50 до 500 руб. включительно — 28%, при фактической отпускной цене производителя свыше 500 руб. — 15%. Под фактической отпускной ценой производителя понимается цена (без НДС), указываемая российским производителем лекарственного средства в сопроводительной документации на товар (в накладных и т. п.), а иностранным производителем лекарственного средства — в сопроводительной документации на товар (в счете-фактуре и т. п.), на основании которой оформляется грузовая таможенная декларация, с учетом расходов, связанных с таможенным оформлением груза (таможенных пошлин и сборов за таможенное оформление), не превышающих зарегистрированную предельную отпускную цену производителя. Сумма оптовых надбавок всех организаций оптовой торговли, участвующих в реализации лекарственного средства, не должна превышать предельную оптовую надбавку, установленную данным постановлением. Предельная оптовая надбавка распределяется между всеми организациями оптовой торговли, участвующими в реализации лекарственного средства, по согласию сторон. Также установлены предельные торговые надбавки к отпускной цене (без НДС) российского производителя лекарственного средства или к отпускной цене иностранного производителя лекарственного средства, определенной с учетом расходов, связанных с таможенным оформлением груза (таможенных пошлин и сборов за таможенное оформление), применяемые при формировании начальных (максимальных) цен на лекарственные средства, не включенные в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, утверждаемый Правительством РФ:

— предельные торговые надбавки на лекарственные средства, которыми обеспечиваются отдельные категории граждан, имеющие право на государственную социальную помощь в виде набора социальных услуг, установлены в размере 20%;

— предельные торговые надбавки на лекарственные средства, которые поставляются лечебно-профилактическим учреждениям г. Москвы, установлены в размере 15%.

В целях применения данных торговых надбавок реализация лекарственных средств организациями оптовой торговли осуществляется с обязательным оформлением протокола согласования цен поставки жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств по форме, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 8 августа 2009 г. N 654.

Организации оптовой торговли, имеющие лицензию на фармацевтическую деятельность с правом осуществления розничной торговли лекарственными средствами, которые имеют структурные подразделения розничной торговли, не являющиеся юридическими лицами, могут формировать розничные цены на лекарственные средства с применением одновременно оптовой и розничной надбавок к фактической отпускной цене производителя лекарственных средств, не превышающих предельную оптовую и предельную розничную надбавки, при условии ведения раздельного учета оптовой и розничной торговли.

Признано утратившими силу с 1 апреля 2010 г. постановление правительства Москвы от 16 сентября 2008 г. N 836-ПП «Об установлении торговых надбавок к ценам на лекарственные средства».

Источник: remedium.ru

¹ В частности вышло два русских перевода в «толстых» журналах (в 1988 и 2006 гг.). Все цитаты из книги даны в переводе К. Старосельской.

ПИСЬМА

**В редакцию
«Вестника Московского городского
научного общества терапевтов»**

Последние решения о реформе скорой медицинской помощи побудили меня обратиться в ваше издание. Я обращаюсь к вам как член Ассоциации Заслуженных врачей РФ и участник программы «Защита здоровья нации». После решения коллегии Минздравсоцразвития о реформе скорой медицинской помощи меня удивило выступление в итоговой программе на телеканале НТВ главного специалиста по скорой медицинской помощи Минздравсоцразвития РФ профессора С. Багненко, предлагающего реформировать скорую помощь по примеру сериала «Скорая помощь» с парамедиками, а не медицинскими работниками. Он ведет речь о ликвидации врачей, водительского состава, заменив его фельдшерами-шоферами без соответствующего опыта работы. Разработчики реформы предлагают для этого приобрести импортные санитарные автомобили. Другое предложение — о реконструкции приемных отделений больниц — практически не осуществимо и потребует огромных затрат. Вместо этих проектов стоило бы дать конкретные предложения и решения по улучшению качества оказания амбулаторно-поликлинической помощи, что избавило бы скорую помощь от непрофильных, ненужных вызовов. А так называемые «классификаторы» никогда не заменят живого общения лица, принимающего вызов, с тем, кто вызывает скорую помощь.

В начале 70-х гг. XX столетия народный артист России и Азербайджанской ССР Ашдар Имамалиев создал замечательный фильм о скорой помощи «Дела сердечные». В нем отражена вся работа скорой помощи. По этому образцу и надо строить работу. Кстати, тогда правительство страны оценило трудность работы бригад скорой помощи, просмотрев этот кинофильм, и добавило к окладу водителей 20% за работу в качестве санитаров, и 20% врачам и фельдшерам скорой помощи за сложность в оказании экстренной медицинской помощи.

В газете National Observer (США) № 5 от 3 февраля 1973 г. журналистка М. Холмс озаглавила свою статью следующим образом: «Для спасения жизни достаточно набрать номер 03. Скорая помощь по-советски могла бы спасти жизнь в Америке». А в газете Chicago Tribune от 1 марта 1975 опубликована статья «Среди лучших в мире эффективная скорая помощь Москвы» журналиста Марка Брейна.

В последнее время звучат предложения о том, чтобы скорая помощь содержалась за счет страховой медицины, но ведь расходы на скорую не уместятся в рамки никакого бюджета ОМС. И почему эти предлагатели считают, что страховщики будут лучше контролировать работу скорой? Напротив, накануне постановления о реформе скорой помощи, в начале марта 2010 года мэр Москвы Ю. Лужков побывал на станции скорой помощи Москвы, высоко оценил ее работу и обещал оказывать помощь станции.

В Америке нет скорой помощи. И какой же можно брать пример с того, чего нет? Только на днях президент США Б. Обама впервые за много лет добился одобрения сенатом его программы, благодаря которой 32 миллиона американцев, не обеспеченных до настоящего времени медицинской помощью, смогут получать ее. Так кто же на кого должен равняться?

*Заслуженный врач России
Н.М. Каверин*

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

Газета распространяется среди членов Московского городского научного общества терапевтов бесплатно

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

Телефон 8-499-782-31-09, e-mail: mtrndm@doi.ru www.zdrav.net

Отдел рекламы: директор по маркетингу Г.С. Рихард (495) 729-97-38

При перепечатке материала ссылка на Вестник МГНОТ обязательна

За рекламную информацию редакция ответственности не несет.

Рекламная информация обозначена **Б**

Внимание! В адресе корреспонденции обязательно указание МТП «Ньюдиамед»!

ОБЪЯВЛЕНИЕ

Жюри Премии Московского городского научного общества терапевтов имени профессора Дмитрия Дмитриевича Плетнева 2010 года закончило голосование по избранию Лауреата Премии 2009 года. Членами Жюри Лауреатом единогласно признан **СЫРКИН Абрам Львович**, чл.-корр. РАЕН, проф., д.м.н., главный терапевт Клинического центра, Директор клиники кардиологии и руководитель отдела кардиологии научно-исследовательского центра Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова.

Торжественная Церемония вручения Премии состоится на пленарном заседании Московского городского научного общества терапевтов 26 мая 2010 года в 17.00 часов в Анатомическом корпусе ММА им. И.М. Сеченова (Моховая, 11).

II Конгресс Международного общества клинических фармакологов и фармацевтов стран СНГ

В рамках конгресса пройдет две научно-практические конференции

- «Генерики в странах СНГ: проблемы и перспективы»
- «Персонализированная медицина в клинической фармакологии: проблемы внедрения в практическое здравоохранение»

Организаторы конгресса:

Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития (Росздравнадзор),
Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова

Председатель оргкомитета:

И.о. руководителя Росздравнадзора, д. фарм. н., проф. Е.А. Тельнова

Проведение конгресса планируется 20—21 октября 2010 года в городе Москве

Конгресс будет проходить в здании научно-исследовательского центра (НИЦ)

ММА им. И.М. Сеченова по адресу: г. Москва, ул. Трубецкая д. 8

(проезд — станция метро Фрунзенская)

ИНФОРМАЦИОННОЕ ПИСЬМО

Уважаемые коллеги!

Заявки на симпозиумы, семинары, лекции и доклады можно подавать до 1 июня 2010 года.

Заявки на организацию выставки можно подавать до 1 июня 2010 года.

Публикация тезисов

Тезисы, соответствующие тематикам мероприятия, направляются в секретариат оргкомитета до 1 июня 2010 года

Общие требования. От одного автора (первого) принимается не более двух работ в соответствии с темами конференций («Генерики в странах СНГ: проблемы и перспективы», «Персонализированная медицина в клинической фармакологии: проблемы внедрения в практическое здравоохранение»), выполненных в текстовом редакторе Microsoft Word не выше версии 2003.

Требования к оформлению тезисов

1. **Параметры страницы:** формат А4, ориентация книжная, поля — левое, правое, верхнее, нижнее — 2 см.

2. **Шрифт:** Times New Roman, кегль 12, межстрочный интервал — одинарный

3. **Объем:** не более 2 страниц

4. **Расположение материала (см. пример):**

✓ название тезиса заглавными буквами (шрифт кегль 12);

✓ фамилия и инициалы автора (ов) — строчными буквами;

✓ полное наименование учреждения, город, страна.

5. **Требования к материалу:**

Тезисы должны содержать фактический материал, полученный лично автором, и состоять из следующих разделов: **введение, цель, материалы и методы, результаты и их обсуждение, выводы или заключение.** Иллюстративный материал может включать 1 таблицу, 1 черно-белый рисунок. В конце тезиса допускается список литературы, состоящий не более чем из 5 источников. Тезисы должны быть на русском языке и отредактированы.

6. **Контакты:**

Тезисы, заполненные регистрационные формы (см. ниже) и копии документа, подтверждающего оплату регистрационного взноса, следует направлять только по электронной почте на e-mail: elmed@yandex.ru с указанием «Оплата за участие в конференции». Также необходимо выслать нам паспортные данные отправителя денег (Ф.И.О., номер, серия, кем и когда выдан) для снятия переведенных Вами средств.

Просьба отправлять тезисы в виде вложения (attachment) и убедиться, что оргкомитет их получил, тел.: (495) 915-58-01

7. **Срок подачи тезисов — до 1 июня 2010 года.**

8. **Все тезисы будут рецензированы.** Оргкомитет оставляет за собой право не принимать к публикации тезисы, не соответствующие тематике конгресса, и некачественные работы.

9. Тезисы будут опубликованы в виде Приложения к журналу «Клиническая фармакология и терапия».

В рамках конгресса будет организован конкурс научных работ молодых ученых до 35 лет, не имеющих ученых степеней. Для участия в конкурсе необходимо прислать до 1 июня 2010 года по электронной почте (elmed@yandex.ru) тезис по тематикам конгресса, заполненную регистрационную форму с пометкой об участии в конкурсе научных работ молодых ученых. Участники конкурса освобождаются от оплаты регистрационного взноса. Победителям конкурса будут вручены призы и дипломы.

Организационный взнос составляет 500 руб. В оплату входят: публикация тезисов, участие во всех мероприятиях Конференции, сборник тезисов и другие материалы конгрессов, бейдж, сертификат участника. От оплаты организационного взноса освобождаются председатели научных заседаний, докладчики и молодые ученые, работы которых допущены конкурсной комиссией.

Оплату следует перечислять на расчетный счет ООО «Эволюция-управление активами»

Адрес: Россия, 119517. г. Москва улица Нежинская дом 13 корпус 2

ИНН: 7729615439 КПП: 772901001

р/с40702810987830000187

в Московский филиал ОАО АКБ «РОСБАНК»; БИК 044552272; к/с 30101810200000000272

в Отделении № 5 Московского ГТУ Банка России

По всем вопросам просим обращаться в Оргкомитет по адресу:

Россия, 109028 Москва, ул. Яузская д. 11, ГКБ № 23, кафедра клинической фармакологии и пропедевтики

внутренних болезней ММА им. И.М. Сеченова, академику РАМН Кукесу В.Г.

Телефон/факс: (495) 915-58-01

E-mail: elmed@yandex.ru

РЕГИСТРАЦИОННАЯ ФОРМА

Участника II Конгресса

Международного общества клинических фармакологов и фармацевтов стран СНГ

Москва, 2010 г.

Пожалуйста, заполняйте форму печатными буквами

Ф. И. О. _____

Должность _____

Ученая степень _____

Ученое звание _____

Место работы _____

Служебный адрес с индексом _____

Контактные телефоны с кодом города _____

Факс с кодом города _____

E-mail _____

Участие в конкурсе научных работ молодых ученых (нужное подчеркнуть) ДА / НЕТ

Для предварительной регистрации необходимо выслать по адресу Оргкомитета заполненную регистрационную форму не позднее 1 июня 2010 года.

Организационный комитет бронированием гостиницы, а также железнодорожными и авиабилетами не занимается