



ВЕСТНИК МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО

# МОСКОВСКИЙ ДОКТОР

Март 2007  
№ 5 (46)

НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ

Первым, кто начал реальные реформы в здравоохранении был, А.И. Воробьев, которому выпала судьба оказаться на короткий срок министром здравоохранения именно в период радикальных изменений в нашем обществе. В ноябре 1991 г. заступил он на это пост, в ноябре-декабре 1992 г. — покинул его.

Все мы помним обвалы экономических реформы Е. Гайдара. К концу декабря 1991 г. опустели и до того пустые полки магазинов — их уже не прикрывали никаким товаром. Проехав несколько магазинов с полученной премией, я смог купить лишь на бензоколонке 15-литровый бак с жидкостью для омывания стекла — ни раньше, ни позже я такой емкости не видел, возможно — сбывали краденое. Но больше не было ничего в продаже вообще, а с 1-го января полученные мною деньги становились пылью.

Уже с начала января 1992 г. появились торжища, сначала с рук — у Детского Мира, потом какие-то рынки, палатки, а главное — стал появляться товар в магазинах. Это была шоковая терапия. Результатом ее стал постепенный рост благосостояния, хотя на протяжении почти 10 лет казалось, что это не так.

Обычно в таких случаях рассказывают про пенсии, которые получали в СССР счастливые пенсионеры и которые стали «смешными» деньгами в новой России. Обычно истории эти исходят из уст тех, кто имел льготы — ветеранов войны и труда, чиновников всякого пошиба. А мне вспоминается в этом случае бывшая колхозница Баба Маня, у которой не было никакой пенсии, так как она никогда не получала зарплату, а лишь трудовни. И все мы уже забыли про то, как стали давать паспорта колхозникам в 60-е года XX века, разрешив перемещаться по стране, а не жить приписанными рабами в своих деревнях. Вот они и съехали, только потеряли при этом и стаж трудовой, и социальные права...

Но, это так, к слову.

Летом 1991 г., еще в СССР, российским парламентом, в пику советскому, был принят закон о медицинском страховании. Трудно представить, как бы его стали внедрять в РСФСР, при том, что в остальном СССР такого закона не было. Но не до того было членам Верховного Совета РСФСР, они были опьянены наступавшей свободой. В общем, приняли, а что делать дальше — не знал никто.

Для введения этого закона в действие потребовалось Постановление Правительства России. Вышло оно в феврале 1992 г., а вслед за ним стало быстро готовиться приказ по введению в действие этого Постановления. Так тогда была построена бюрократическая цепочка: есть закон, его вводит в действие Постановление Правительства, а затем Минздрав вводит в действие Постановление своим приказом. Это нагромождение лишь подчеркивает царившую в тот период времени правовую неразбериху. Хотя и сейчас не легче, ступеньки остались все те же.

Постановление было введено в действие знаменитым приказом № 93. Интересно, что его позже, спустя более, чем 10 лет, Минздрав отменил, по факту отменив и само страхование. Если смотреть на вопрос в правовой плоскости. Но если смотреть на вопрос в деловой плоскости, то медицинского страхования никогда и не было в России. Чиновниками всех мастей было сделано все, чтобы страхование не состоялось.

На первом этапе не давал Министр сделать фонды ОМС, предлагая создать их не как самостоятельные организации, а как подразделение-кошелек при органах управления здравоохранения. Нет, кричали депутаты, мы тоже хотим денег, нам нужны самостоятельные, подчиненные только законодателям фонды ОМС. Министра свергли, дорвались до денег, но никому от этого лучше не стало.

Губернаторы, мэры всех мастей и подчиненные им руководители здравоохранения придумали новую схему, нигде в законе не прописанную — бюджетно-страховое здравоохранение. Что это за зверь, не знает никто. Но отдавать деньги из бюджета в фонды никто не хотел, а во многих субъектах их и до сих пор не отдали. В результате сохранилось государственное (из бюджета субъекта федерации) финансирование на содержание — на койки, число посещений, — расходуемое на жизне-

обеспечение, ремонт, закупку оборудования и т. д., и второе, дополнительное финансирование на зарплату, лекарства, питание. При этом врачи получают «ставки», как в старые недобрые времена, и чтобы зарплата хоть как-то покрывала нужды на пропитание, им платят по 2–3 ставки, какие-то надбавки и т. д. Вся страна давно забыла о таких экзотических вещах, а в здравоохранении — это основа основ.

## ПРЯМАЯ РЕЧЬ

Шла борьба за самостоятельность медицинских организаций. Не на жизнь борьба, а на смерть. Но лишь юридическая самостоятельность больниц и поликлиник могла позволить появиться медицинскому страхованию, где оплата предполагается за больного, с учетом количества и качества оказания медицинской помощи. Группа московских районных депутатов, возглавлявших комиссии по здравоохранению (С. Горбунов, В. Городецкий) в компании с депутатами Моссовета (В. Колосов и др.) начали изыскивать возможность сделать организации здравоохранения самостоятельными юридическими лицами.

Губернаторы, мэры всех мастей и подчиненные им руководители здравоохранения придумали новую схему, нигде в законе не прописанную — бюджетно-страховое здравоохранение. Что это за зверь, не знает никто.

еще и с референтными ценами (все было, но все мы проспали) — и в разделе лекарств для лечения сердечно-сосудистых заболеваний вижу (привожу полностью): обзидан, трирезид К, финоптин, доксиум, амиодарон, компламин,

клофелин, нитронг, сустак, сермион, трентал, фуросемид, дицинон, зуфиллин. И все! Два! Два! цитостатика — ДВА!

И когда мне говорят о том, как было хорошо — посмотрите в это список и сравните с изобилием сегодняшнего дня.

Но вернемся к самостоятельности. Удалось убедить Министра здравоохранения — А.И. Воробьева — в необходимости придания самостоятельного статуса всем организациям здравоохранения. Был написан короткий проект приказа — «придать статус юридического лица лечебно-профилактическим учреждениям, станциям переливания крови и учреждениям фармации». И взял его Министр с собой для перепечатки. Взял-то взял, но помощник, под чутким руководством первого заместителя министра А. Москвичева, «выпустила» из приказа ЛПУ и станции переливания крови. И вышел кургузый 42 приказ о самостоятельности аптек.

Но и это была революция! Она свершилась в конце февраля 1992 г. Но еще несколько месяцев потребовалось для того, чтобы с помощью Моссовета удалось зарегистрировать несколько московских аптек как юр. лица. И юридический адрес тогда давал Моссовет, устав им писали мы сами, на базе 7-й больницы проводили курсы для заведующих по основам бухгалтерского учета и юридическому ликбезу. Рассказывали то, что знали, нашли юриста и бухгалтера. Директора — как дети малые, запуганные Мосфармацией, боялись своей тени, но очень хотели самостоятельности. Честь им и хвала — первопроходцам, они сломали лед в здравоохранении.

Уже к осени выход аптек из состава региональных «фармаций» стал массовым, рухнула система. Аптеки получили возможность покупать лекарства самостоятельно (а за этим мы проследили с самого начала, еще при разработке проекта устава), появился рынок сбыта, а вслед за ним — и рынок предложений. Многие фирмы, торговавшие, к примеру, вином (как, например, Протек), обратили свой взор на фармацию и стали дистрибьюторами. А в основе был короткий приказ в одну строчку...

Вновь вернемся к медицинскому страхованию. Закон был хорошим, но непонятным. Те, кто его писал, ничего не разъяснили оставшимся. Написали там слова про лицензирование и аккредитацию, про стандарты и др., но никто ничего не понял. Это стало отчетливо видно при подготовке 93 приказа: если внимательно почитать положение о лицензировании и аккредитации, то они друг от друга не отличаются. И не случайно стали возникать ЛАКИ — лицензионно-аккредитационные комиссии. В самом первом приказе все перепутали, да так и до сих пор не распутались.

Казалось бы, можно создать систему аккредитации — профессиональной оценки качества работы со стороны коллег, профессиональных обществ, а не со стороны администраторов — но не создана она до сих пор. После долгих лет удалось разработать приличную систему лицен-

рования в стране, ввести ее в правовые нормы, уменьшить зависимость от произвола чиновников и снизить ее взяткоемкость. Но именно тот человек, который, проникнувшись

идеями, создал эту систему — А.С. Юрьев — и был уволен из Росздравнадзора. А систему опять рушат, с 2008 г. передают ее в обратно в регионы, где расцветет снова кумовство и коррупция. Видимо — так надо.

После появления фондов ОМС и вслед за ними — страховых компаний посыпались обвинения в адрес последних, что тратят они, мол, на себя очень много — аж до 4% денег, проходящих через их руки. Думаю — больше.

Никто за эти годы так и не озаботился созданием современной системы здравоохранения, основанной на принципах справедливости и доступности медицинских технологий для граждан, что подразумевает ответственность государства перед своими гражданами. Еще год назад думалось, может, академики задумаются о путях развития здравоохранения

## Реальные реформы без реальных результатов

П. Воробьев



Что это значило? Не было в медицине рынка, лекарства закупались Фармациями, подчиненными в той или иной степени Росфармации и Союзфармации. Деньги на эти лекарства выделялись централизованно из бюджета страны. Фирмам предлагалось заключать договоры только с этими двумя конторами. В результате, например, первая государственная закупка фальшивых лекарств была осуществлена Д. Апазовым — Союзфармацией — в 1992 г. вполне сознательно. Он точно знал — ему говорили, что на 5 миллионов долларов он закупает поддельную нормазу у фирмы, которая не имеет на ее производство разрешения. Но хозяин — барин, механизмов приостановить эти закупки не было даже у министра, и все тоннуло в чиновничьем беспределе.

Распределение лекарств шло по региональным организациям — «фармациям», в чьем прямом подчинении и состояли в то время аптеки. Аптеки получали «выручку» и сдавали ее в банк, откуда она поступала в пользу одного продавца — государства. Фармации платили зарплату, делали ремонт (если допросишься), организовывали поставки и фармучет, принимали и увольняли работников аптек и складов. И так все было ладненько, только не было в стране лекарств.

На начало 1992 г. было всего зарегистрировано 4,5 тысячи препаратов, включая все лекарственные формы — в

10 раз меньше, чем сейчас. Про капотен мы тогда только слышали, дефицитными и гипотензивными были адельфан и клофелин. Не было антибиотиков, цитостатиков, психотропных средств и т. д. Листаю письмо заместителя Министра здравоохранения В.И. Шахматова от 02.01.92 (обратите внимание на дату) № 03-15/1-15 о «Перечне лекарственных средств, на которые предлагается установить регулируемые розничные цены» — некий аналог современного Перечня жизненно необходимых лекарств, да

Это была шоковая терапия. Результатом ее стал постепенный рост благосостояния, хотя на протяжении почти 10 лет казалось, что это не так.

Это нагромождение лишь подчеркивает царившую в тот период времени правовую неразбериху. Хотя и сейчас не легче, ступеньки остались все те же.

Честь им и хвала — первопроходцам, они сломали лед в здравоохранении.

Ученого, педагога, по учебникам которого учились многие российские врачи, Виктора Викторовича Серова не стало 31 января 2007 года.

Виктор Викторович родился 5 декабря 1924 года в Москве. Отец В.В. Серова был арестован в 1937 г. и расстрелян как «враг народа» (реабилитирован в 1956 г.). В 17 лет Виктор пошел на фронт, начинал солдатом под Вязмой и Смоленском, был снайпером, позже, уже офицером-артиллеристом, воевал в Польше, Германии, Чехословакии, штурмовал Берлин.

После демобилизации в 1947 г. В.В. Серов поступил в 1-й Московский медицинский институт имени И.М. Сеченова, где с 3-го курса стал заниматься в кружке на кафедре патологической анатомии. Здесь он выполнил первую свою работу «Маски хронически-текущего первичного туберкулеза». После окончания с отличием в 1953 г. института Виктор Викторович остался в аспирантуре на кафедре патологической анатомии. Защитил кандидатскую диссертацию, работал ассистентом (1956—1960 гг.), затем доцентом (1960—1963 гг.) этой кафедры. В 1963, после защиты докторской диссертации Виктор Викторович становится профессором кафедры патологической анатомии, а через 9 лет — в 1972 г. — заведующим кафедрой, сменив на этом посту А.И. Струкова Серов оставался заведующим кафедрой почти 20 лет, до 1990 г., передав ее в руки своего ученика М.А. Пальцева. В 1974 г. Виктор Викторович был избран членом-корреспондентом, в 1988 г. — действительным членом АМН СССР.

Под его руководством главным научным направлением работы кафедры стала клиническая морфология. Он первым в России начал внедрять в эту дисциплину электронно-микроскопическую технологию исследования патологических процессов. Усилилась научная интеграция с клиническими кафедрами 1-го ММИ им. И.М. Сеченова, институтами АМН СССР. Но главным местом научных исследований оставалась любимая «Пироговка»: исследования в области патологии почек проводились им совместно с клиникой академика АМН СССР Е.М. Тареева, работы по клинической морфологии в гастроэнтерологии — совместно с клиникой, возглавляемой академиком АМН СССР В.Х. Василенко, гепатологии занимался В.В. Серов с клиникой госпитальной терапии. Много научных сил было посвящено изучению амилоидоза, поражению почек при сосудистых заболеваниях и пиелонефрите совместно с урологической клиникой и сосудистыми хирургами.

На основании исследований кафедры В.В. Серова были обоснованы закономерности патогенеза и морфогенеза нефропатий, определены иммуноморфологические и электронно-микроскопические маркеры нозологических форм, созданы клинко-морфологические классификации гломерулонефрита и тубулоинтерстициального нефрита, которые используются как в России, так и за рубежом. Эти работы легли в основу исследований, проводимых группой клиницистов совместно с математиками под руководством академика И.М. Гельфанда, по математическому моделированию врачебного мышления (прогнозирования).

В.В. Серовым изучены клиническая морфология и морфогенез пиелонефрита, диабетической нефропатии, показано значение биопсии почки в их диагностике. Результаты нефрологических исследований обобщены в монографиях «Морфологические основы иммунопатологии почек» В.В. Серова (1968); «Ренальные дисфункции» М.Я. Ратнер, В.В. Серова, Н.А. Томилиной (1977); «Имунопатология почек» В.В. Серова, В.А. Варшавского, В.А. Куприяновой (1983; премия имени А.И. Абрикосова АМН СССР, 1988); а также «Почки и артериальная гипертензия» В.В. Серова,

М.А. Пальцева (1993). За фундаментальные исследования проблемы гломерулонефрита патологии В.В. Серов, М.А. Пальцев, В.А. Варшавский, клиницисты-нефрологи Н.А. Мухин, И.Е. Тареева, М.Я. Ратнер, Л.В. Лысенко в 1991 году удостоены Государственной премии СССР.

## Памяти Виктора Викторовича Серова



В исследованиях по гастроэнтерологии и гепатологии дана принципиально новая оценка морфо- и патогенеза заболеваний на основе изучения клеточной кооперации, определены этиологические маркеры вирусных, алкогольных и медикаментозных поражений печени, критерии их морфологической дифференциальной диагностики. Было написано советско-венгерское руководство «Морфологическая диагностика заболеваний печени» под редакцией В.В. Серова и К. Лапиша (1989).

Большой интерес представляет цикл работ, посвященных изучению висцерального алкоголизма, ревматических болезней. В области сердечно-сосудистой патологии В.В. Серовым изучены варианты ультраструктурных и функциональных изменений миокарда. Результаты исследований нашли отражение в монографии «Вопросы морфологии и патогенеза инфаркта» (1959).

Важное место в научных исследованиях коллектива кафедры, возглавляемой В.В. Серовым, занимала онкологическая тематика (монография В.В. Серова «Клиническая морфология и прогноз рака желудка» (1970)).

Особое положение в научных исследованиях В.В. Серова занимала проблема амилоидоза, которая разрабатывалась совместно с сотрудниками клиники академика АМН СССР Е.М. Тареева и академической группы В.В. Серова. В 1977 году вышла монография В.В. Серова и И.А. Шамова «Амилоидоз». В 1983 году группе ученых-клиницистов и патологов (Е.М. Тареев, В.В. Серов, О.М. Виноградова, Н.А. Мухин, В.В. Сура, В.С. Рукосуев) за исследование проблемы амилоидоза была присуждена Государственная премия СССР.

В 1975 г. В.В. Серовым и В.С. Пауковым создано руководство по патологии клетки «Ультраструктурная патология». В.В. Серовым предложена оригинальная, получившая признание, концепция морфогенеза и систематизации дистрофических процессов. Большое теоретическое значение имела концепция о клетках соединительной ткани как короткодистантных регуляторах своего микроокружения (монография В.В. Серова и А.Б. Шехтера «Соединительная ткань» (1981)). В 1983 г. В.В. Серовым совместно с А.Х. Коганом установлено свойство ишемизированной почечной ткани переходить из состояния атрофии к гипертрофии, что стало предметом открытия. Новаторскими являются исследования В.В. Серова по патологии вилочковой железы, морфологии реакций гиперчувствительности, аутоиммунизации и классификации аутоиммунных болезней. Наиболее полно исследования по общепатологическим проблемам отражены в монографии В.В. Серова «Общепатологические подходы познания болезни» (1992), получившей премию РАН имени А.И. Струкова (1997), в руководстве «Общая патология человека» (1982, 1990) под редакцией А.И. Струкова, В.В. Серова, Д.С. Саркисова. Первому изданию этого руководства присуждена премия имени И.В. Давыдовского АМН СССР.

В 1980-е годы в течение трех лет был создан комплекс учебных пособий по патологической анатомии: учебник «Патологическая анатомия» А.И. Струкова, В.В. Серова (2-е издание, 1985), атлас «Патологическая анатомия»

В.В. Серова, Н.Е. Ярыгина, В.С. Паукова (1986), «Руководство к практическим занятиям по патологической анатомии» В.В. Серова, Т.Н. Дрозд, В.А. Варшавского, К.О. Татевосянца (1987). В 1993 г. вышло новое, в значительной степени переработанное и дополненное издание учебника А.И. Струкова, В.В. Серова. 1995 год отмечен вторым изданием этого нового учебника.

На протяжении многих лет В.В. Серов возглавлял Центральную проблемную комиссию по патологической анатомии Главного управления учебных заведений Минздрава СССР, систематически проводил всесоюзные конференции. Большое значение для специалистов-патологоанатомов имела серия обзоров по общей и частной патологической анатомии, издаваемая ВИНТИ под руководством В.В. Серова с 1987 по 1990 гг. (8 томов).

В.В. Серов — автор более 500 публикаций в отечественных и зарубежных изданиях, среди них большое число монографий, руководств, учебников, атласов. Им создана научная школа, подготовлены 30 докторов и 60 кандидатов медицинских наук. Многие его ученики заведуют кафедрами, отделениями, лабораториями в различных институтах страны.

В.В. Серов — дважды лауреат Государственной премии СССР (1983, 1991), Заслуженный деятель науки РСФСР (1975), один из основателей Российской академии естественных наук (1990), лауреат премии РАЕН, заслуженный профессор ММА имени И.М. Сеченова. Долгое время В.В. Серов был единственным представителем России в Совете Европейского общества патологов. Он — почетный член Чехословацкого научно-медицинского общества имени Я. Пуркинью, общества патологов Германии и Венгрии. В 2003 году отмечен медалью и дипломом Р. Вирхова Европейской ассоциации естественных наук. Заместитель председателя Московского общества патологоанатомов, член президиума Российской ассоциации патологоанатомов, Международного союза ассоциаций патологоанатомов, член Международной академии патологии, член Президиума Российских обществ нефрологов и гастроэнтерологов. В течение многих лет являлся заместителем редактора отдела «Патологическая анатомия» в Большой медицинской энциклопедии, в журнале «Архив патологии» являлся заместителем главного редактора. Он был одним из первых авторов журнала «Клиническая геронтология», постоянным членом его редакционного совета.

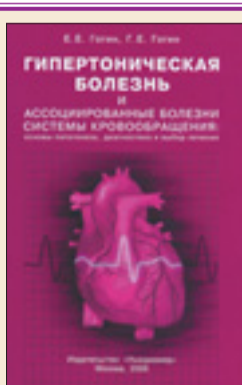
Виктор Викторович награжден двумя орденами Отечественной войны, орденом Дружбы народов, медалями «За оборону Москвы», «За взятие Берлина», «За освобождение Праги».

Виктор Викторович Серов многие годы являлся активным членом Правления Московского городского научного общества терапевтов. Многим запомнились его замечательные выступления на пленарных заседаниях МГНОТ по проблемам амилоидоза и нефропатий, острые дискуссии по вопросам классификации болезней, в том числе — обсуждение международной классификации болезней 9 и 10 пересмотров.

Отдавая себя медицине, В.В. Серов любил и хорошо знал музыку, особенно симфоническую и оперу. Автор книг: «То, что всегда со мной» (1996), «Это было недавно, это было давно» (1999), «Волшебный мир искусства» (2002). Он всегда любил петь сам, о чем тепло вспоминают друзья его молодости.

С Виктором Викторовичем Серовым уходит из нашей жизни эпоха развития и становления современной научной морфологии. Он был среди пионеров этой новой науки, роль которой в клинической практике все возрастает и за которой большое будущее. Символично, что накануне смерти Виктора Викторовича состоялось пленарное заседание МГНОТ, на котором впервые за много лет Главный патологоанатом Департамента здравоохранения города Москвы О.В. Зайратьянц поднимал вопросы патологоанатомической службы, очерчивал ее роль в современной клинической медицине. Дело, которому Виктор Викторович посвятил жизнь, будет продолжено его учениками и членами нашего общества.

Правление МГНОТ,  
Редакционная коллегия Вестника МГНОТ



**ВНИМАНИЕ!!! НОВИЖКА!!!**

В издательстве НЬЮДИАМЕД  
вышла книга авторов Е.Е. Гогиной, Г.Е. Гогиной

**«Гипертоническая болезнь и ассоциированные болезни системы кровообращения: основы патогенеза, диагностика, выбор лечения»**

В книге на основе многолетнего клинического опыта рассмотрены особенности течения гипертонической болезни — «эссенциальной» гипертонии, вариабельной и изменчивой, но нозологически единой и патогенетически обособленной, освещен вклад отечественных терапевтических школ в изучение гипертонической болезни, проанализированы мировые достижения в разработке стандартов диагностики и лечения, успехи популяционной стратегии, обеспечивающей

ограничение пандемии артериальной гипертонии, развитие активных методов помощи при сопутствующей ей ишемической болезни и снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в социально стабильных странах. Рассмотрены возможности эхокардиографии в объективизации изменений сердца и задачи раннего установления симптоматических (монопатогенетических) гипертоний. Большое место в книге отведено лечению гипертонической болезни — стандартному гипотензивному и индивидуально оптимизированному в соответствии со стадией и проявлениями болезни, сочетающему базисную патогенетическую терапию с курсовой симптоматической, которые обеспечивают вторичную профилактику осложнений.

Книга предназначена терапевтам, кардиологам, студентам и преподавателям медицинских вузов и биологических факультетов университетов.



**МНОГОЛИКАЯ  
ГЕМОФИЛИЯ**

**Ю.Н. Андреев**

Издательство НЬЮДИАМЕД  
2006 г.

Книга написана профессором Ю.Н. Андреевым — человеком, всю свою жизнь посвятившим спасению больных с нарушениями свертывания крови, большая часть из которых — дети. Он создал целую школу по подготовке специалистов для лечения пациентов с гемофилией. Впервые в стране начал

выполнять эндопротезирование суставов у этих больных. Своим богатым опытом Юрий Николаевич делится на страницах книги. Принципам современного лечения и профилактики осложненной гемофилии предшествуют история «царской болезни», особенности наследования ее. Теоретическая часть сопровождается большим количеством фотографий.

Книга написана живым литературным языком. Интересна для врачей многих специальностей.

Начало на стр. 1

страны, но и среди них не нашлось того, кто бы спокойно и взвешенно занялся бы проблемами и перспективами.

Если просто дать денег здравоохранению (об этом постоянно говорят) — то не будет ничего, это слишком хорошо стало видно в последние годы, когда совокупный бюджет на медицинскую помощь увеличился в 1,5 раза. И что? Разговор... нет-нет, я этого не говорил! В общем, как всегда, кому-то густо, а большинству — пусто.

Так и не принят закон о государственных гарантиях по оказанию гражданам медицинской помощи. Никто ничего никому не должен. Есть статья конституции — и хватит. Мутная, мутная водица, как всем в ней хорошо. Беседуя с одним из «продвинутых» региональных министров здравоохранения, выясняется, что попробовали они ввести стандарты медицинской помощи в нескольких районах, в результате на 20% увеличился объем финансирования. Конечно — современное лечение стоит денег. Если все его будут получать — затраты возрастут. Но мышление-то — понятно вам? Стандарты — это обязательства, обязательства — это деньги, а просить денег — не хочется. Да и нет, возможно, этих денег в местном бюджете. А о том, что можно решать проблему системно, речь не идет. Можно *перераспределить* средства (правда, нет самостоятельности, все по статьям расходов), только предварительно нужно посчитать, куда выгодно, а куда — невыгодно вкладывать деньги, что закрыть, а что открыть. Для этого нужны экономисты, модели, расчеты. Но — чур меня с такими словами, будем, как и прежде, хлестать щи лаптями.

Жаль, что пятнадцать лет реальных реформ не привели к реальным изменениям. Продолжаются лишь разговоры, больше напоминающие крики. Ни депутаты, ни чиновники, ни «общественники», ни ученые не предлагают *ничего*. А ведь предложения ВСЕ были сформулированы 15 лет назад, тогда же — написаны. Они не изменились за эти годы, вот они:

1. структурной единицей системы здравоохранения должен являться врач, а не обезличенная медицинская организация: ВРАЧ, свободный, независимый, но ответственный, имеющий не только диплом, но и ежегодно возобновляемую лицензию; с него и спрос, но и ему должны предоставить условия для работы — технологии, лекарства, зарплата по контракту со страховой компанией, профессиональная мотивация к качественной работе;

2. государственные гарантии конкретизируются стандартами: справедливость и доступность медицинской помощи для всех;

3. стандарты включают как методики диагностики и лечения, так и стандарты технологий выполнения медицинских услуг, эрзац-документами стандартов являются формуляры, включая позитивные списки технологий, негативные списки технологий, редкоприменяемые (сиротские) технологии, справочник с формулярными статьями лекарств;

4. стандарты должны иметь научные, профессиональные и экономические, а так же организационно-технические обоснования;

5. необходимы процедуры применения стандартов на уровне государства, субъекта Федерации, муниципалитета, медицинской организации, врача, медицинской сестры;

**Никто за эти годы так и не озаботился созданием современной системы здравоохранения, основанной на принципах справедливости и доступности медицинских технологий для граждан, что подразумевает ответственность государства перед своими гражданами.**

**Стандарты — это обязательства, обязательства — это деньги, а просить денег — не хочется.**

**Наш рынок услуг огромен: от государства в том или ином виде поступает не менее 20 млрд долларов и около 10 млрд — тратит население...**

6. необходимо внедрить системы управления качеством медицинской помощи в каждой медицинской организации, с обязательным экономическим и профессиональным мотивированием персонала к качественной работе; четкий мониторинг качества по индикаторам качества на всех уровнях — от медсестры и врача — до министра и президента страны, с применением отработанных процедур лицензирования (проверка возможностей оказания помощи) и аккредитации (профессиональная всесторонняя, комплексная оценка качества оказания помощи);

7. вся система базируется на информационных технологиях — от ведения истории болезни, электронных протоколов операций, обмена данными, учета и анализа затрат до статистики;

8. одноканальное финансирование с оплатой по результатам — принципы обязательного страхования; все государственные деньги здравоохранения должны быть в одном месте и распределяться по единым правилам: вся помощь, входящая в государственные гарантии, оплачивается за счет бюджета ОМС (включая и лекарства амбулаторно);

9. четкая система софинансирования — референтные цены на лекарства и услуги, четкие правила: за что и сколько платит пациент;

10. полная открытость и прозрачность всех систем, как для профессионалов, так и для больных, возможность и тех и других влиять на принятие решений, консенсус при принятии решений.

Говорят, что полным ходом мы стремимся в ВТО. Даже более того, нам осталось меньше года, как мы станем в это ряд. Напомню, что ВТО — это единый рынок товаров и УСЛУГ, в том числе — и медицинских. Уже сейчас наши больные вы-

возят на запад более миллиарда долларов для оплаты медицинской помощи, а сюда западные больные ввозят всего несколько миллионов (зубопротезирование, офтальмология, была трансплантация почек, и разнообразные услуги для жителей СНГ). Наш рынок услуг огромен: от государства в том или ином виде поступает не менее 20 млрд долларов и около 10 млрд — тратит население (правда — это данные Минздравсоцразвития на 2005 г., по другим источникам население тратит в 1,2—1,5 раза больше государства, т. е. 25—30 млрд долларов). Т. е. в сумме рынок уже сегодня от 30 до 50 млрд долларов, и еще есть, куда расти.

Цифры — огромные и привлекательные! Возникает закономерный вопрос, а не интересуются ли западные бизнесмены нашим рынком. И Болонская декларация тут как тут — дипломы иностранцы признают. И уже есть много разных примеров израильских, немецких и американских клиник (пока — капля в море, но если случится свободный рынок медицинских услуг — могут очень быстро появиться альтернативы отечественным больницам). Может, разрушается наше здравоохранение не случайно? Где-то — ничегонеделанием, где-то — активным реформированием, где-то от безденежья, где-то — от нежданного развращающего богатства. И держать в кулаке сегодня все больницы и поликлиники — правильно, можно будет сбить оптом. Освободится место, а оно пусто не бывает, придут другие и заменят нас с вами?

Вот такие грустные мысли приходят в голову при размышлении о 15-летию реформ здравоохранения в нашей стране.

**Антиреклама**

Трудно представить себе наше настоящее без рекламы. Она играет ключевую роль в развитии рыночной экономики. Производителями тратятся огромные деньги на рекламу, она помогает в продвижении товара. Цель рекламы — заставить покупателя предпочесть рекламируемый товар всем другим. Реклама играет на эмоциях, вынуждает людей стать лично заинтересованными в продукции. Для этой цели все средства хороши, даже запугивание клиентов. Если тема не интересна человеку, то нужно доказать, что она имеет важные последствия для повседневной жизни человека. С этой целью некоторые фирмы-производители стали придумывать заболевания, о чем на страницах периодических изданий идет постоянная дискуссия.

Хотя сегодня очевиден весь сексизм представленной ниже рекламы, но в 1936 году, когда она появилась, она сделала актуальной проблему запаха изо рта. В ней обыгрывается страх и неуверенность в личных взаимоотношениях. Джон Ламберт в начале XX века получил в наследство компанию, изготавливавшую антисептик для борьбы с ангинами — листерин. В поисках более широкого рынка сбыта Ламберт решил продвигать свой товар как средство для полоскания рта. Единственная проблема была в том, что в то время никто не пользовался средствами для полоскания рта — их просто не существовало! После «изобретения» лекарства Ламберт изобрел и болезнь. Вот и реклама:

**Выдуманные болезни — не веяние нового времени**

**Г. Рихард**



**«Вы никогда не чувствовали ничего подобного? Какое самозаминение!»** Статистика говорит о том, что никто не может избежать халитозиса (неприятного запаха изо рта). Он может быть незаметным в какой-то один день и появиться на следующий. Эта болезнь вызывается разными причинами — передание, слишком обильное питье, испорченные зубы, пародонтоз, частички еды во рту, инфекция десен, рта, носа или горла. Какая бы ни была причина, халитозис непростителен в обществе. Он непростителен, потому что ему нет оправдания. И ему нет оправдания, потому что его легко можно преодолеть при помощи Листерина, антисептика, применяющегося как полоскание для рта. Это гермицид, убивающий 200 000 000 микробов за 25 секунд. Листерин препятствует гниению и борется с инфекциями, вызывающими неприятный запах. Так как это сильный дезодорант, он устраняет запах изо рта. Дыхание становится свежим и приятным.

Полощите рот Листерином перед любой деловой или дружеской встречей. Держите бутылку Листерина в вашем доме и офисе. Он сделает вашу жизнь безопасной и приятной. **«Листерин покончит с халитозисом».**

Эта история из книги Э. Аронсона, Т. Уилсона и Р. Эйкера «Социальная психология. Психологические законы поведения человека в социуме» СПб. 2004 г. Правда, знакомо, текст практически не изменился за прошедшие сто лет. И этим идеям продолжают верить все новые и новые поколения.

*P.S. Листерин до сих пор продается с успехом в США и используется для отбивания запаха изо рта.*

**ИнтерНьюс**

**В «черный список» МЧС России попали 63 медучреждения**

Возгорания психиатрических и наркологических клиник стали частыми, в пожаре погибли десятки пациентов. МЧС России предлагает приостановить работу 63 наркологических и психоневрологических лечебных учреждений, пожарное состояние которых угрожает жизни и здоровью людей. Министерство направило в суды материалы для рассмотрения вопроса приостановки деятельности этих лечебных учреждений. В Москве, по данным МЧС, в список попали 5 медучреждений, среди которых ФГУ Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии имени Сербского Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию, ЦКБ № 2 имени Семашко ОАО РЖД, Центральная областная клиническая психиатрическая больница, Некоммерческое образовательное учреждение «Бет Егудит» и Клиническая наркологическая больница № 17. В декабре 2006 года в 17-ой наркологической больнице во время пожара уже погибли 46 человек. Большинство попавших в список учреждений расположены в Центральном и Южном федеральных округах, меньше всего — в Северо-Западном.

**Источник:**  
РИА Новости

**Медицинский микроробот поплывет по артериям человека**

Аппарат длиной 0,25 миллиметра создает Дж. Френд из лаборатории микро- и нанотехники университета Монаша (Австралия). Микроробот будет оснащен камерой, системой связи и сможет нести иную полезную нагрузку (например, клей для стенок сосудов). Это не первая работа в данной области, однако у австралийского проекта есть отличия. Так, ранее китайцы построили трехмиллиметровый прототип медицинского робота, предназначенного для очистки артерий, но он двигался за счет приложения магнитного поля извне. Австралийская же машинка будет обладать собственным двигателем, основанном на пьезоэлектрическом кристалле, колеблющемся с ультразвуковой частотой, и винте, который преобразует эти колебания во вращение группы жгутиков. Швейцарский микроробот также действовал лишь за счет внешних полей. А вот реально созданный в США 0,25-миллиметровый робот, куда более самостоятельный, не предназначался для работы в организме. В конце этого года австралийцы намерены показать работающий прототип: цилиндрок длиной около сантиметра и толщиной менее миллиметра. А в 2009 году должен появиться окончательный вариант микробота. Его смогут впрыскивать в артерию при помощи шприца. Аппарат будет плавать в организме, подчиняясь командам извне, и после выполнения задания возвращаться в точку старта, где его извлекут опять-таки шприцем.

**Источник:**  
MIGnews.com

**Секс признан счастьем. Теперь уже официально**

Британские ученые подсчитали количество гормонов счастья — эндорфинов, выделяемых при среднестатистическом половом акте, и сравнили эти данные с ощущениями респондентов, когда те, по их собственным уверениям, находились в состоянии эйфории, которое можно охарактеризовать как «полное счастье». Сравнив результаты, исследователи пришли к выводу, что количество эндорфинов, выделяемых в том и другом случае, практически идентично. Результаты для мужчин и женщин различаются лишь незначительно. Единственное, о чем не оповещают нас британские ученые, так это насколько секс и счастье вещи взаимозаменяемые.

**Источник:**  
MIGnews.com

## ИнтерНьюс

### Болезнь Крейтцфельда — Якоба можно заразиться при переливании крови

По всей видимости, прионы, вызывающие губчатую энцефалопатию у коров и болезнь Крейтцфельда — Якоба у людей, могут передаваться при переливании крови. Это выяснили британские ученые, наблюдающие за 66 пациентами, получившими кровь от доноров, впоследствии умерших от болезни Крейтцфельда—Якоба. У троих реципиентов уже развилось это тяжелое заболевание. Последний (третий) случай заболевания зарегистрирован у молодого человека, получившего массивную трансфузию крови за 6 лет до развития первых признаков заболевания, которое отличалось характерными симптомами и быстрым течением. Он погиб от деменции через 8 лет после переливания крови, и патологоанатомическое исследование подтвердило диагноз болезни Крейтцфельда—Якоба.

24 человека из отслеживаемой когорты живы, а 39 умерли от не связанных с заболеваниями нервной системы причин.

Исследователи отмечают, что при заражении путем переливания крови инкубационный период болезни короче, чем при заражении от коров.

Источник:  
Lancet 2006; 268: 2061-7

### Употребление алкоголя во время беременности нарушает развитие у ребенка стрессовых систем

даже если алкоголь принимается в течение первых нескольких дней или недель беременности, и его количество не превышает социально приемлемые уровни. Большое исследование, проведенное у животных, показало, что пренатальное воздействие алкоголя нарушает развитие лимбико-гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси, которая является ключевым компонентом стрессовой системы, отмечают исследователи. Д. Хелей, из Университета Торонто в Скарборо, Онтарио исследовал взаимосвязь между степенью пренатального воздействия алкоголя и реакцией на стресс у детей. Для изучения эмоций и ответа на стресс авторы измеряли уровни кортизола, частоту сердечных сокращений и негативный эффект у детей, рассматривающих изображение неподвижного лица. Было обследовано 55 детей в возрасте 5—7 месяцев. Матери детей употребляли значительно меньше алкоголя, после того как узнавали о своей беременности. Однако количество алкоголя, принятого до этого, положительно коррелировало с увеличением реактивности кортизола, частоты сердечных сокращений и отрицательного эффекта у детей. Автор считает, что полученные данные имеют важное значение для здоровья детей женщин, употребляющих алкоголь даже в социально приемлемых количествах на ранних сроках беременности.

Источник:  
www.solvey-pharma.ru

### В США изобрели трусы для стеснительных людей

Американская компания нижнего белья изобрела специальные трусы, которые защитят людей от неприятных запахов. Трусы имеют встроенный фильтр, который размещается сзади. Они получились герметичными благодаря эластичному материалу, обтягивающему талию и ноги. Создатели модели говорят, что «поглотитель газов», официально называемый Under-Ease, выпущен не ради шутки, а как серьезный продукт для практического применения. Они утверждают, что трусы помогут стеснительным людям и повысят уверенность в себе. Основной элемент трусов — карман со сменным фильтром внутри, который поглощает запахи. Он состоит из нескольких слоев: двух внешних слоев из шерсти, двух слоев полипропилена и скрученного стекловидного материала. В центре располагается один слой активированного угля. Трусы можно стирать, и они могут служить несколько месяцев, в зависимости от частоты использования. Не хватает вентилятора.

Источник: mta.ru

## ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ АНГИОЛОГИЧЕСКОЙ СЕКЦИИ МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ от 23.03.2006 г.

Сопредседатели секции: проф. М.П. Савенков,  
проф. В.А. Парфенов.

Постоянный оппонент П.А. Воробьев

Секретарь: к. м. н. Л.А. Положенкова

Повестка дня: «Ваш коронарный больной прооперирован — что дальше?»

М.П. Савенков, открыв заседание, сразу же перешел к докладу. Идет реформа, в медицину вливаются новые технологии, увеличивается число коронарных больных, которым проводились оперативные вмешательства: ангиопластика, стентирование, и от того, как будет поставлено наблюдение за данной группой больных, зависит их судьба. Врачам следует определиться, кто будет ответственным за больного после оперативного вмешательства: хирург, терапевт или кардиолог. Докладчик подчеркнул, что в таких случаях многое будет решать преемственность и тесное сотрудничество участкового терапевта с региональным кардиологом. Создание специальных стационаров и достаточное их финансирование обеспечит правильное ведение больных после операций на коронарных сосудах, известно, что они все проблемы больного с коронарной патологией не решают. Далее докладчик показал необходимость проведения постоянного консервативного лечения и профилактических мероприятий больным с данным заболеванием. Две группы препаратов (статины и антиагреганты) рекомендуются продолжать после операции, показаны также  $\beta$ -блокаторы и ингибиторы АПФ. Нитраты не всегда будут нужны, но нитроглицерин в кармане больного должен быть всегда. Стенокардия после операции может значительно ослабевать, но болезнь не исчезает полностью. Кроме того, при ведении больных после операции следует помнить о том, что стент — это инородное тело для организма.

#### Вопросы к докладчику:

— Возраст больного имеет значение для оперативных вмешательств на коронарных сосудах?

Ответ: Да, имеет. По моему мнению, молодых следует оперировать широко, а пожилым людям, прежде чем идти на такое вмешательство, следует хорошо подумать.

— Как долго давать антиагреганты, в частности, клопидогрел, после операции?

Ответ: 6—9 месяцев, их назначает и контролирует терапевт.

— Есть ли стандарт по ведению больных после операции?

Ответ: Пока нет, но работа в этом направлении ведется.

2. К. м. н. И.Е. Чернышова (Московский научно-практический центр интервенционной кардиоангиологии).

В докладе обсуждается работа центра созданного в 1996 году. Представлена структура центра, результаты его деятельности за 10 лет (прооперировано 18000 больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями; проведено 24000 различных диагностических процедур и т. д.). Показана динамика летальности после оперативных вмешательств: в 1996 г. она составляла 13—16%, в 2005 г. — 3%. Изложен план ведения больных, которым проводились оперативные

## ПРОТОКОЛЫ МГНОТ

вмешательства. После ангиопластики и стентирования пребывание больного в центре составляет 12—16 дней, затем его переводят в загородное лечебное учреждение для восстановительного лечения. В дальнейшем центр продолжает наблюдение за больным. Рекомендуют повторить коронарографию через 6 месяцев после оперативных вмешательств, т. к. частота рестенозов после стентирования составляет 20—25%, а после ангиопластики еще выше. Далее в докладе изложена схема медикаментозного лечения больных после коронарных операций: антиагреганты — обязательно, нитропрепараты — не обязательно, но при условии достаточно проведенной реваскуляризации; статины — неоднозначно и т. д. В заключение докладчик сказала, что в их центр для проведения восстановительного лечения можно направлять больных после операций на коронарных сосудах, проведенных в других лечебных учреждениях.

#### Вопросы к докладчику:

— Лечение больных в центре бесплатное?

Ответ: Да, лечение бесплатное, но стенты больные должны покупать сами, стоимость их составляет 1000—3000 долларов США.

Замечание П.А. Воробьева: С апреля 2006 г. по стандартам все стенты должны предоставляться бесплатно.

### 3. Проф. В.А. Парфенов (ММА им. И.М. Сеченова).

#### Когнитивные нарушения у пациентов с ИБС и их терапия.

В докладе обращено внимание на когнитивные нарушения (память, речь, произвольная деятельность и др.), которые нередко имеют место у больных с ИБС. Данные нарушения усугубляются в 3—10% случаев при проведении оперативных вмешательств. Патогенез болезни Альцгеймера пока не установлен до конца, однако есть сведения, что заболевание у больных с ИБС развивается чаще. Далее в докладе показано, как часто и какие когнитивные нарушения возникают у больных с ИБС, и подчеркнута необходимость проведения у них неврологического обследования перед операцией. Неврологическое обследование заключается в проведении нейропсихологических тестов; КТ или МРТ головы, хотя следует иметь в виду, что поражение мозга (инсульты) протекают нередко без клинических проявлений. При выявлении когнитивных нарушений (сосудистого или дегенеративного генеза) рекомендуется проводить адекватную медикаментозную терапию. Чем старше больной, тем чаще отмечается когнитивные нарушения, им надо помогать и готовить к операции, а через работу сердца можно повлиять на неврологическую симптоматику.

Вопросы к докладчику:  
Вопрос: Терапевт или кардиолог больного с болезнью Альцгеймера перед операцией на сердце должен направлять к неврологу или психиатру?

Ответ: К психиатру направляются больные с асоциальным поведением, а если имеет место течение заболевания легкой степени тяжести, то к неврологу.

Вопрос: Каков эффект лечения болезни Альцгеймера?

Ответ: В России — 0%, за рубежом — 15%.

Заключение: В заключение М.П. Савенков поблагодарил докладчиков за интересные и полезные сообщения. Врачи разных специальностей, собираясь вместе и обмениваясь своими знаниями, способствуют улучшению диагностики сердечно-сосудистых заболеваний, их лечению, тем более, что пока не по всем нозологическим формам существуют стандарты.

## Книги издательства «НЬЮДИАМЕД» можно приобрести

### в Москве:

- магазин «Дом медицинской книги» — метро «Фрунзенская»;
- магазин «Московский дом книги» — метро «Арбатская»;
- магазин «Книга и здоровье» — метро «Беговая»;
- торговый дом «БИБЛИО-ГЛОБУС» — метро «Лубянка»;
- торговый дом «Молодая гвардия» — метро «Полянка»;
- Дом книги «Фолиант» — шоссе Энтузиастов, д. 60;
- Дом книги в Измайлово — Измайловская пл-дь, 2 стр. 1;
- Книжная ярмарка на Олимпийском проспекте — метро «Проспект мира»;
- Книжная ярмарка на Тульской — метро «Тульская»;
- заказать через электронный магазин медицинской литературы <http://www.zdrav.net>;
- в издательстве по тел. 8-499-782-31-09; E-mail: mtpndm@dol.ru

### в Регионах РФ:

- Астрахань — «Медицинская книга», ул. Кирова, 51
- Владимир — «Книги», ул. Горького, 44
- Волгоград — «Эзоп», ул. Невская, 12-б
- Казань — «Медлитература», ул. Мушгари, 11
- Новосибирск — «Топ-книга», ул. Арбузова, 1/1
- Новосибирск — «Сибирская книга» ул. Тихая, д. 3
- Санкт-Петербург — «Дом книги», Невский пр., 28
- Тверь — «Книжный магазин «Кириллица», ул. Советская, 56
- Минск — «Академкнига» пр-т Ф. Скорины, д. 72

**СТАНДАРТЫ – ЭКОНОМИКА – КАЧЕСТВО**

В декабре 2006 года Президиум Формулярного комитета РАМН принял решение о начале работ по созданию Перечня жизненно необходимых лекарственных средств, применяемых в педиатрической практике. Этот перечень будет использоваться при создании стандартов медицинской помощи и протоколов ведения больных, затрагивающих область педиатрии. В этом номере мы приводим проект педиатрического формулярного списка. Полная версия с развернутыми комментариями по предложениям находится на сайте Общества фармакоэкономических исследований <http://www.rspor.ru>. Вы можете отправить свои комментарии по электронному адресу [mtfndm@dol.ru](mailto:mtfndm@dol.ru) для Олега Борисенко. Все комментарии будут изучены педиатрической комиссией Формулярного комитета РАМН.

**ПРОЕКТ ПЕРЕЧНЯ ЖИЗНЕННО НЕОБХОДИМЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ФОРМУЛЯРНОГО КОМИТЕТА, ПРИМЕНЯЕМЫХ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ (ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ ФОРМУЛЯРНЫЙ СПИСОК)**

I. АНЕСТЕТИКИ, МИОРЕЛАКСАНТЫ		
<p><b>Средства для наркоза</b></p> <p>Галотан Гексобарбитал (рекомендуется для исключения) Динитроген оксид Кетамин Натрия оксибат Пропофол (рекомендуется для включения) Тиопентал натрия</p>	<p><b>Миорелаксанты</b></p> <p>Атракурия бисилат Ботулинический токсин + альбумин Векурония бромид Пипекурония бромид Суксаметония бромид, хлорид и йодид Цисатракурия бисилат</p>	<p><b>Местные анестетики</b></p> <p>Артикаин Бупивакаин Лидокаин Ропивакаин</p>
II. АНАЛЬГЕТИКИ, НЕСТЕРОИДНЫЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ, СРЕДСТВА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ПОДАГРЫ		III. СРЕДСТВА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ
<p><b>Наркотические анальгетики</b></p> <p>Бупренорфин Морфин Морфин + наркотин + папаверина гидрохлорид + кодеин + тебаин (рекомендуется для исключения) Налбуфин (рекомендуется для исключения) Пропионилфенилэтоксиэтилпиперидина гидрохлорид (рекомендуется для исключения) Трамадол Тримеперидин Фентанил</p> <p><b>Прочие противовоспалительные средства</b></p> <p>Колхицин Пеницилламин</p>	<p><b>Ненаркотические анальгетики и нестероидные противовоспалительные средства</b></p> <p>Ацетилсалициловая кислота Диклофенак Ибупрофен Индометацин (рекомендуется для включения) Кетопрофен Лефлуноמיד (рекомендуется для исключения) Лорноксикам (рекомендуется для исключения) Мелоксикам</p> <p><b>Средства для лечения подагры</b></p> <p>Аллопуринол</p>	<p><b>Антигистаминные средства</b></p> <p>Клемастин (рекомендуется для включения) Лоратадин Мебгидролин (рекомендуется для исключения) Хифенадин (рекомендуется для исключения) Хлоропирамин Цетиризин (рекомендуется для включения)</p>
IV. СРЕДСТВА, ВЛИЯЮЩИЕ НА ЦЕНТРАЛЬНУЮ НЕРВНУЮ СИСТЕМУ		
<p><b>Противосудорожные средства</b></p> <p>Вальпроевая кислота и ее натриевая соль Вигабатрин (рекомендуется для включения) Карбамазепин Клоназепам Ламотриджин Фенитоин Фенобарбитал Этосуксимид</p> <p><b>Средства для лечения нарушений сна</b> (рекомендуется для исключения группа, не используется в педиатрии)</p> <p>Золпидем Средства для лечения рассеянного склероза (рекомендуется для исключения группа, не используется в педиатрии) Глатирамера ацетат Интерферон бета</p> <p><b>Прочие средства, влияющие на центральную нервную систему</b></p> <p>Бетагистин (рекомендуется для исключения) Гексобендин + этамиван + этофиллин (рекомендуется для исключения) Дистигмина бромид (рекомендуется для исключения) Неостигмина метилсульфат Нимодипин (рекомендуется для исключения) Пиридостигмина бромид</p> <p><b>Прочие средства, влияющие на центральную нервную систему</b></p> <p>Бетагистин (рекомендуется для исключения) Гексобендин + этамиван + этофиллин (рекомендуется для исключения) Дистигмина бромид (рекомендуется для исключения) Неостигмина метилсульфат Нимодипин (рекомендуется для исключения) Пиридостигмина бромид</p>	<p><b>Средства для лечения двигательных нарушений</b> (предлагается данное название группы взамен «Средства для лечения паркинсонизма»)</p> <p>Амантадин (рекомендуется для исключения) Бипериден (рекомендуется для исключения) Леводопа + бенсеразид (рекомендуется для исключения) Леводопа + карбидопа Пирибедил (рекомендуется для исключения) Прамипексол (рекомендуется для исключения) Тригексифенидил</p> <p><b>Антипсихотические средства</b></p> <p>Галоперидол Дроперидол Зуклопентиксол Кветиапин Клозапин Левомепромазин Оланзапин Перициазин Перфеназин Пипотиазин (рекомендуется для исключения) Рисперидон Суплирид Тиаприд Тиопроперазин (рекомендуется для исключения) Тиоридазин Трифлуоперазин Флупентиксол (рекомендуется для исключения) Флуфеназин Хлорпромазин Хлорпротиксен</p>	<p><b>Антидепрессанты и средства нормотимического действия</b></p> <p>Амитриптилин Имипрамин Кломипрамин Лития карбонат Мапротилин Миансерин (рекомендуется для исключения) Миртазапин (рекомендуется для исключения) Моклобемид (рекомендуется для исключения) Пароксетин Сертралин Тианептин (рекомендуется для исключения) Флуоксетин Циталопрам</p> <p><b>Анксиолитики (транквилизаторы)</b></p> <p>Алпразолам (рекомендуется для исключения) Бромдигидрохлорфенилбензодиазепин Диазепам Лоразепам Медазепам Мидазолам Нитразепам</p> <p><b>Средства для лечения алкоголизма и наркомании</b></p> <p>Дисульфирам (рекомендуется для исключения) Налоксон Налтрексон (рекомендуется для исключения)</p>
V. СРЕДСТВА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИЙ		
<p><b>Антибактериальные средства</b></p> <p>Азитромицин Амикацин Амоксициллин Амоксициллин + клавулановая кислота Амоксициллин + сульбактам Ампициллин Бензатин бензилпенициллин Бензилпенициллин Ванкомицин Гентамицин Джозамицин (рекомендуется для исключения) Доксициклин Имипенем + циластатин Карбенициллин Кларитромицин Ко-тримоксазол Левифлоксацин (рекомендуется для исключения) Линкомицин Меропенем Месалазин Мупироцин Норфлоксацин Оксациллин Офлоксацин Рифамицин Спирамицин Сульфасалазин Сульфациетамид Тикариллин + клавулановая кислота Феноксиметилпенициллин Фосфомицин Хлорамфеникол Цефазолин Цефаклор Цефепим Цефоперазон Цефотаксим Цефтазидим Цефтриаксон Цефуроксим Ципрофлоксацин Эритромицин</p>	<p><b>Противотуберкулезные средства</b></p> <p>Изониазид Ломефлоксацин (рекомендуется для исключения) Пиразинамид Протионамид Рифабутин Рифапимидин Стрептомицин Этамбутол Этионамид</p> <p><b>Противовирусные средства</b></p> <p>Ацикловир Валацикловир Ганцикловир Диданозин Зидовудин Индинавир Ифавиренц Ламивудин Невиртапин Озелтамивир (рекомендуется для включения) Рибавирин (рекомендуется для включения) Ставудин Фосфазид (рекомендуется для исключения)</p> <p><b>Иммуноглобулины</b></p> <p>Иммуноглобулин противолептоспирозный из сыворотки крови волков Иммуноглобулин против гепатита В человека (рекомендуется для включения) Иммуноглобулин человека нормальный для внутривенного введения (рекомендуется для включения) Паливизумаб (рекомендуется для включения)</p>	<p><b>Противогрибковые средства</b></p> <p>Амфотерицин В Амфотерицин В + метилглюкамин Гризеофульвин Итраконазол Клотримазол Нистатин (рекомендуется для включения) Тербинафин Флуконазол</p> <p><b>Противопаразитарные и противомалярийные средства</b></p> <p>Гидроксихлорохин Метронидазол Пириметамин (рекомендуется для включения) Сульфадиазин (рекомендуется для включения) Хинин Хлорохин</p> <p><b>Вакцины</b></p> <p>Инактивированная сплит-вакцина для профилактики гриппа Полисахаридная поливалентная пневмококковая вакцина</p>
VI. ПРОТИВООПУХОЛЕВЫЕ, ИММУНОДЕПРЕССИВНЫЕ И СОПУТСТВУЮЩИЕ СРЕДСТВА		
<p><b>Цитостатические средства</b></p> <p>Азатиоприн Алтреамин Араноза (рекомендуется для исключения) Аспарагиназа Бикалутамид (рекомендуется для исключения) Блеомицин Бусульфан Винбластин Винкристин Винорелбин Гемцитабин Гидроксикарбамид Дакарбазин Дактиномицин Даунорубин Доксорубин Доцетаксел (рекомендуется для исключения) Идарубин Иринотекан (рекомендуется для исключения) Ифосфамид Карбоплатин Кармустин (рекомендуется для исключения) Мелфалан Меркаптопурин Метотрексат Митоксантрон (рекомендуется для исключения) Митомидин (рекомендуется для исключения) Оксалиплатин (рекомендуется для исключения)</p>	<p><b>Цитостатические средства (продолжение)</b></p> <p>Паклитаксел (рекомендуется для исключения) Прокарбазин Ралтитрексид (рекомендуется для исключения) Тиотела (рекомендуется для исключения) Топотекан (рекомендуется для исключения) Третиноин Флударабин (рекомендуется для исключения) Фотемустин (рекомендуется для исключения) Фторурацил (рекомендуется для исключения) Хлорамбуцил (рекомендуется для исключения) Цисплатин Циклофосфамид (рекомендуется для исключения) Цитарабин Экземестан (рекомендуется для исключения) Эпирубицин (рекомендуется для исключения) Эстрамустин (рекомендуется для исключения) Этопозид</p>	<p><b>Гормоны и антигормоны для лечения опухолей</b> (рекомендуется для исключения группа, не используется в педиатрии)</p> <p>Аминоглутетимид Анастрозол Гозерелин Медоксипрогестерон Тамоксифен Флутамид</p> <p><b>Сопутствующие средства для лечения опухолей</b></p> <p>Иматиниб (рекомендуется для исключения) Интерферон альфа Кальция фолилат Клодроновая кислота (рекомендуется для исключения) Ленограстим Молграмостим Ондансетрон Филграстим (рекомендуется для исключения) <b>Радиопротектор</b> Титана аквакомплекс глицеросольвата</p>

Начало на стр. 5 ↗

VIII. СРЕДСТВА, ВЛИЯЮЩИЕ НА КРОВЬ		VII. СРЕДСТВА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОПОРОЗА	
<p><b>Противоанемические средства</b></p> <p>Железа (III) гидроксид полиизомальтозат Железа (III) гидроксид сахарозный комплекс Железа сульфат + аскорбиновая кислота Фолиевая кислота Цианокобаламин Эпозтин альфа Эпозтин бета</p> <p><b>Растворы и плазмозаменители</b></p> <p>Аминокислоты для парентерального питания Гидроксиэтилкрахмал Декстроза</p> <p><b>Препараты плазмы</b></p> <p>Альбумин Фактор свертывания IX Фактор свертывания VIII Эптаког альфа</p> <p><b>Гиполипидемические средства</b></p> <p>Аторвастатин Симвастатин</p>	<p><b>Средства, влияющие на систему свертывания крови</b></p> <p>Алпростадил Алтеплаза Аминометилбензойная кислота Апротинин (рекомендуется для переноса из раздела «Антиферменты») Варфарин (рекомендуется для включения) Гепарин натрий Далтепарин натрия Данапароид натрия (рекомендуется для включения) Клопидогрел (рекомендуется для исключения) Надропарин кальция Пентоксифиллин (рекомендуется для исключения) Протамина сульфат Стрептокиназа Тиклопидин (рекомендуется для исключения) Фениндион Эноксапарин натрия</p>	<p><b>Стимуляторы остеобластогенеза</b></p> <p>Алендроновая кислота (рекомендуется для исключения) Альфакальцидол Кальцитонин Колекальциферол + кальция карбонат</p>	
IX. СРЕДСТВА, ВЛИЯЮЩИЕ НА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТУЮ СИСТЕМУ			
<p><b>Противоаритмические средства</b></p> <p>Аденозин (рекомендуется для включения) Амиодарон Атинолол Карбэтоксиминодизтиламинопропионилфенотиазина гидрохлорид Лаптаконитина гидробромид Метопролол Прокаиамид Пропафенон</p> <p><b>Другие средства, влияющие на сердечно-сосудистую систему</b> (рекомендуется включение данного раздела)</p> <p>Динопостон (рекомендуется перенос из раздела «Средства, влияющие на матку»)</p> <p><b>Антиангинальные средства</b> (рекомендуется для исключения группа, не используется в педиатрии)</p> <p>Изосорбида динитрат Изосорбида монокитрат Нитроглицерин</p>	<p><b>Гипотензивные средства</b></p> <p>Азаметония бромид Амлодипин Бетаксолол Верапамил Доксазозин (рекомендуется для исключения) Лацидипин (рекомендуется для исключения) Лозартан (рекомендуется для исключения) Метилдопа Моксонидин (рекомендуется для исключения) Небиволол (рекомендуется для исключения) Нифедипин Пропранолол Фелодипин + метопролола сукцинат (рекомендуется для исключения) Фозиноприл (рекомендуется для исключения)</p>	<p><b>Средства для лечения сердечной недостаточности</b></p> <p>Валсартан (рекомендуется для исключения) Дигоксин Ирбесартан (рекомендуется для исключения) Каптоприл Периндоприл (рекомендуется для исключения) Хинаприл (рекомендуется для исключения) Эналаприл</p> <p><b>Вазопрессорные средства</b></p> <p>Добутамин Допамин Норэпинефрин Фенилэфрин (рекомендуется для исключения) Эфедрин</p>	
X. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА			
<p><b>Рентгеноконтрастные средства</b></p> <p>Бария сульфат Гадобутрол Гадодиамид Йогексол Йодиксанол Йопромид Натрия амидотризоат</p>	<p><b>Радиоизотопные средства</b></p> <p>Бромезида, 99m Tc Натрия йодид С 131I Макротех, 99m Tc Пентатех, 99m Tc Натрия пертехнетат натрия, 99m Tc Пирфотех, 99m Tc</p>	<p><b>Радиоизотопные средства (продолжение)</b></p> <p>Раствор стронция-89 хлорида, изотонический для инъекций Технефит, 99m Tc Технефор, 99m Tc</p>	
XII. СРЕДСТВА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА			
<p><b>Антиациды и другие противоязвенные средства</b></p> <p>Омепразол Рабепразол (рекомендуется для исключения) Ранитидин Фамотидин Эзомепразол (рекомендуется для исключения)</p>	<p><b>Панкреатические энзимы</b></p> <p>Панкреатин</p> <p><b>Средства для лечения печеночной недостаточности</b></p> <p>Артишока листьев экстракт Лактулоза Урсодиооксихолевая кислота</p> <p><b>Антиферменты</b> (предлагается полностью удалить раздел, апротинин перенести в раздел «Средства, влияющие на свертывание крови»)</p> <p>Апротинин</p>	<p><b>Спазмолитические средства</b></p> <p>Атропин Дротаверин Мебеверин Платифиллин (рекомендуется для исключения)</p>	
XIII. ГОРМОНЫ И СРЕДСТВА, ВЛИЯЮЩИЕ НА ЭНДОКРИННУЮ СИСТЕМУ			
<p><b>Неполовые гормоны, синтетические субстанции и антигормоны</b></p> <p>Бетаметазон Бромокриптин Гидрокортизон Дексаметазон Десмопрессин Дигидротрахистерол Кломифен (рекомендуется для исключения) Кортизон Левотироксин натрия Левотироксин натрия + калия йодид Лиотиронин + левотироксин натрия + калия йодид + натрия пропилоксибензоат Менотропины (рекомендуется для исключения) Метилпреднизолон Нандролон Октреотид (рекомендуется для исключения) Преднизолон Соматропин Тетракозактид Тиамазол Триамцинолон Флудрокортизон Хорионический гонадотропин Ципротерон</p>	<p><b>Инсулин и средства для лечения сахарного диабета</b></p> <p>Акарбоза (рекомендуется для исключения) Глибенкламид (рекомендуется для исключения) Гликвидон (рекомендуется для исключения) Гликлазид (рекомендуется для исключения) Глимепирид (рекомендуется для исключения) Глипизид (рекомендуется для исключения) Глюкагон Инсулин-БД Инсулин-ДлД Инсулин-Комб Инсулин-Срд Инсулин-УБД Метформин (рекомендуется для исключения) Пиоглитазон (рекомендуется для исключения) Репаглинид (рекомендуется для исключения)</p>	<p><b>Гестагены</b></p> <p>Гидроксипрогестерон (рекомендуется для исключения) Дидрогестерон (рекомендуется для исключения) Норэтистерон Прогестерон (рекомендуется для исключения)</p> <p><b>Эстрагены</b> (рекомендуется для исключения группа, не используется в педиатрии)</p>	
XIV. СРЕДСТВА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЧЕК И МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ			
<p><b>Средства для лечения аденомы простаты</b> (рекомендуется для исключения группа, не используется в педиатрии)</p> <p>Альфазозин Пальмы ползучей плодов экстракт Тамсулозин Теразозин Финастерид</p> <p><b>Средства для лечения гипернатриемического мочевого пузыря</b></p> <p>Оксибутирин Толтеродин (рекомендуется для исключения)</p>	<p><b>Средства терапии при почечной недостаточности и пересадке органов</b></p> <p>Иммуноглобулин антигиточитарный (рекомендуется для исключения) Кетостерил (рекомендуется для исключения) Раствор для перитонеального диализа Циклоспорин</p>	<p><b>Диуретики</b></p> <p>Гидрохлортиазид Индапамид (рекомендуется для исключения) Маннитол Спиронолактон Фуросемид</p>	
XV. СРЕДСТВА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, НЕ ОБОЗНАЧЕННЫЕ В ДРУГИХ РУБРИКАХ		XVI. СРЕДСТВА, ВЛИЯЮЩИЕ НА МАТКУ	
<p><b>Миотические средства и средства для лечения глаукомы</b></p> <p>Бринзоламид Бутиламиногидроксипропиксифеноксиметил метилоксадиазола гидрохлорид (рекомендуется для исключения) Бутиламиногидроксипропиксифеноксиметил метилоксадиазола гидрохлорид + клонидина гидрохлорид + бензетония хлорид + натрия хлорид + лимонная кислота + натрия цитрат + вода (рекомендуется для исключения) Пилокарпин Тимолол Травопрол (рекомендуется для исключения) Цитохром С + натрия сукцинат + аденозин + никотинамид + бензалкония хлорид (рекомендуется для исключения)</p>	<p><b>Противовоспалительные средства</b> (рекомендуется для исключения группа, не используется в педиатрии)</p> <p>Азапентацен Дорзоламид Латанопрол</p> <p><b>Стимуляторы регенерации и ретинопротекторы</b> (рекомендуется для исключения группа, не используется в педиатрии)</p> <p>Метилэтилпиридинола гидрохлорид</p>	<p><b>Гормональные средства, влияющие на мускулатуру матки</b> (рекомендуется для исключения группа, не используется в педиатрии)</p> <p>Метилэргометрин Окситоцин Эргометрин</p> <p><b>Прочие средства, влияющие на мускулатуру матки</b> (рекомендуется полностью удалить раздел, динопостон перенести в раздел «Другие средства, влияющие на сердечно-сосудистую систему»)</p> <p>Гексопреналин Динопостон Динопостон</p>	
XVII. СРЕДСТВА, ВЛИЯЮЩИЕ НА ОРГАНЫ ДЫХАНИЯ		XVIII. РАСТВОРЫ, ЭЛЕКТРОЛИТЫ, СРЕДСТВА КОРРЕКЦИИ КИСЛОТНОГО РАВНОВЕСИЯ, СРЕДСТВА ПИТАНИЯ	
<p><b>Противоастматические средства</b></p> <p>Амброксол Аминофиллин Беклометазон Будесонид Зафирлукаст Ипратропия бромид Ипратропия бромид моногидрат + фенотерол гидробромид Кетотифен Кромоглицевоая кислота и ее натриевая соль Недокромил Сальбутамол Салметерол Теофиллин Тербуталин Фенотерол Флутиказон Эпинефрин</p>	<p><b>Прочие средства для лечения заболеваний органов дыхания, не обозначенные в других рубриках</b></p> <p>Ацетилцистеин Дорназа альфа (Рекомбинантная человеческая ДНКза) (рекомендуется для включения) Кофеин (рекомендуется для включения) Сурфактант-БЛ (сурфактант бычий) (рекомендуется для включения)</p>	<p><b>Электролиты, средства коррекции кислотного равновесия</b></p> <p>Калия и магния аспарагинат Калия йодид Калия хлорид Кальция хлорид Натрия гидрокарбонат Натрия цитрат</p>	
XIX. ВИТАМИНЫ И МИНЕРАЛЫ			
<p><b>Витамины</b></p> <p>Альфа-токоферол (рекомендуется для включения) Аргинин (рекомендуется для включения) Бетаин (рекомендуется для включения)</p>	<p>Биотин (рекомендуется для включения) Левокарнитин (рекомендуется для включения) Менадиона натрия бисульфит</p>	<p>Натрия бензоат (рекомендуется для включения) Пиридоксин (рекомендуется для включения) Тиамин</p>	

**СТАНДАРТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

**ВНИМАНИЕ!**

В последнее время в стандартизации, проводимой в недрах Минздравсоцразвития, наблюдаются странные всплески не совсем адекватной активности. Публикуемый ниже стандарт, утвержденный Минздравсоцразвития, разработан не при участии экспертов Отдела стандартизации НИИ общественного здоровья и управления здравоохранения. Авторы этого документа неизвестны, по всей вероятности, специалисты вообще не участвовали в разработке этого опуса. Видимо, перед нами плод фантазии чиновников от гинекологии. Они и раньше были замечены в странных «игрищах» вокруг стандартов, например, целый год «выпускающий» стандарт по экстракорпоральному оплодотворению — несколько документов подписывалось и исчезало. История — почти детективная. Или еще — несколько лет назад гинекологи-педиатры выпустили стандарт по кариему у детей — там обязательным требованием было обследование матери у гинеколога. Какая связь между гинекологом и стоматологом? — видимо есть, раз это записано в стандарте!

При чтении этого документа возникает масса вопросов.

1. Так ли много среди беременных с нормальным течением беременности. Было легко сделать несколько моделей — с дефицитом железа, с нефропатией (гестозом) и т. д.

2. Беременность обычно делится на несколько триместров, вряд ли нужно проводить одинаковую диагностику, чтобы определить беременность в начале беременности и в ее конце. Зачем всем женщинам нужно исследование тиреотропина, свободного тироксина, хорионического гонадотропина. Ведь женщина может прийти совсем не на первом месяце беременности.

3. Позиция 1.2. совсем не понятна: наблюдение 245 дней. Значит, наблюдать надо не меньше 35 недель.

А если меньше — стандарт не выполнен, денег не заплатят, качество — плохое. Но женщина может прийти и на 15 и на 20 неделе и позже. Почему не разбить это на модели по триместрам? Ответа нет.

4. Непонятно, о чем идет речь в разделах Психологическая адаптация и аутогенная тренировка? Ведь есть раздел Подготовка беременных к родам — там и делайте.

5. Непонятно, зачем исследовать всем альбумин 2 раза, если есть общий белок. Если он снижен, есть нефропатия — тогда нужно и альбумин и глобулины посмотреть, но это модель с нефропатией.

6. Весьма странными выглядят исследования гемостаза — они нужны для диагностики выраженного ДВС-синдрома, но не для обычной беременности. Где это у нас в женских консультациях делают продукты паракоагуляции в крови, исследование пламиногена в крови. И при этом давно устаревшие, никому не нужные время свертывания нестабилизированной крови или рекальцификации плазмы неактивированное.

7. И совсем непонятно — что за терапия. Почему и витамины и препараты железа, витаминами отнюдь не являющиеся, которые нельзя продавать без рецепта врача — они потенциально опасны — оказались в одной группе.

8. Фолиевая кислота — это доказано — не приносит никакой пользы беременным и их плодам.

9. Почему нет никакого обследования на предмет диагностики дефицита железа. При нормальной беременности давать железо — нет нужды, а если есть дефицит железа — нужно провести обследование, ну хотя бы сывороточное железо.

10. Сам перечень препаратов железа противоречит утвержденному Минздравсоцразвития Протоколу ведения больных с дефицитом железа, стандарту медицинской помощи больным с железодефицитной анемией. Как обычно, правая рука не ведает, что делает левая.

11. Один из трех препаратов железа назначается на месяц, второй — на два и третий на три.

12. Суточные дозы препарата в 3–4! раза ниже рекомендованных, т. е. заведомо неэффективны, а продолжительность лечения в три раза больше, чем необходимо. Вот сравнение по стоимости терапии, рассчитанной по утвержденному стандарту в сопоставлении с наиболее популярным и экономичным средством в нашей стране — Сорбифером Дурулесом: Мальтофер — 690 руб., Ферретаб композитум — 290 руб, Мальтофер Фол 452 руб., а Сорбифер Дурулес — 110 руб. (сопоставление цен по прайс-листу Протек). То есть затраты на препараты железа завышены в 3–6 раз по сравнению с оптимальными, и без всяких на то оснований.

Беременность является вопросом государственной важности, ей посвящены отдельные позиции в приоритетном национальном проекте Здоровье. Как бывает часто — хотели как лучше, сделали как всегда. Утвержденный стандарт — профанация, предлагаемая терапия заведомо неэффективна и затратна. Выход этого стандарта вызовет исключительно злобное недоумение у всех врачей и беременных женщин. Или это сделано намеренно?

Мы считаем, что необходимо срочно отменить представленный стандарт и написать совместно со специалистами нормальный документ, учитывающий все многообразие обычных для беременности ситуаций.

*Руководитель отдела стандартизации  
в здравоохранении  
НИИ общественного здоровья  
и управления здравоохранением,  
заведующий кафедрой гематологии и гериатрии  
ММА им.И.М. Сеченова  
проф. П.А. Воробьев*

Приложение  
к приказу Министерства  
здравоохранения и социального развития  
Российской Федерации  
от 14 сентября 2006 г. № 662

**СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ  
С НОРМАЛЬНЫМ ТЕЧЕНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ**

**1. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА**

**Категория возрастная:** взрослые

**Нозологическая форма:** наблюдение за течением нормальной беременности

**Код по МКБ-10:** Z34

**Фаза:** любая

**Стадия:** любая

**Осложнение:** без осложнений

**Условие оказания:** амбулаторно-поликлинические

**1.1. ДИАГНОСТИКА**

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.20.001	Сбор анамнеза и жалоб в гинекологии	1	1
A01.20.002	Визуальное исследование в гинекологии	1	1
A01.20.003	Пальпация в гинекологии	1	1
A02.12.001	Исследование пульса	1	1
A02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	2
A02.20.004	Измерение размеров матки	1	1
A02.31.002	Аускультация плода с помощью стетоскопа	0,4	1
A01.31.007	Пальпация плода	0,2	1
A02.01.001	Измерение массы тела	1	1
A02.03.005	Измерение роста	1	1
A02.20.001	Осмотр шейки матки в зеркалах	1	1
A11.20.003	Получение цервикального мазка	1	1
A11.20.006	Получение влагалищного мазка	1	1
A02.20.005	Измерение размеров таза	1	1
A04.20.001	Ультразвуковое исследование матки и придатков	1	1
A04.31.001	Ультразвуковое исследование плода	1	1
A09.05.091	Исследование уровня а-фенопротеина в сыворотке крови	1	1
A09.05.092	Исследование уровня хорионического гонадотропина в крови	1	1
A09.05.064	Исследование уровня свободного тироксина сыворотки (Т-4) крови	1	1
A09.05.065	Исследование уровня тиреотропина плазмы крови	1	1
A01.31.010	Визуальный осмотр общетерапевтический	1	1
A01.31.011	Пальпация общетерапевтическая	1	1
A01.31.012	Аускультация общетерапевтическая	1	1
A05.10.001	Регистрация электрокардиограммы	1	1
A05.10.007	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных	1	1
A01.08.002	Визуальное исследование верхних дыхательных путей	1	1
A01.26.001	Визуальное исследование при патологии глаз	1	1
A02.26.003	Офтальмоскопия	1	1
A01.07.002	Визуальное исследование при патологии полости рта	1	1

## 2.1. ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА 245 ДНЕЙ

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.20.001	Сбор анамнеза и жалоб в гинекологии	1	15
A01.20.002	Визуальное исследование в гинекологии	1	12
A01.20.003	Пальпация в гинекологии	1	12
A02.12.001	Исследование пульса	1	12
A02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	12
A02.20.004	Измерение размеров матки	1	8
A02.31.002	Аускультация плода с помощью стетоскопа	1	8
A01.31.007	Пальпация плода	1	8
A02.01.001	Измерение массы тела	1	12
A02.20.001	Осмотр шейки матки в зеркалах	1	1
A11.20.003	Получение цервикального мазка	1	2
A11.20.006	Получение влагалищного мазка	1	3
A04.31.001	Ультразвуковое исследование плода	1	2
A05.31.001	Кардиотокография плода	1	2
A13.31.005	Подготовка беременных к родам	1	3
A13.31.002	Обучение уходу за новорожденным	1	3
A13.30.003	Психологическая адаптация	1	3
A13.31.003	Аутогенная тренировка	1	3
A15.31.005	Пособие по наложению бандажа при беременности	1	1
A25.20.004	Назначение лекарственной терапии при беременности	1	12
A25.20.005	Назначение диетической терапии при беременности		12
A25.20.006	Назначение лечебно-оздоровительного режима при беременности	1	12
A11.05.001	Взятие крови из пальца	1	3
A11.12.009	Взятие крови из периферической вены	1	2
A08.05.004	Исследование уровня лейкоцитов в крови	1	3
A09.05.003	Исследование уровня общего гемоглобина в крови	1	3
A08.05.005	Исследование уровня тромбоцитов в крови	1	3
A08.05.010	Определение среднего содержания и средней концентрации гемоглобина в эритроцитах	1	3
A09.05.002	Оценка гематокрита	1	3
A09.05.010	Исследование уровня общего белка в крови	1	2
A09.05.011	Исследование уровня альбумина в крови	1	2
A09.05.020	Исследование уровня креатинина в крови	1	2
A09.05.041	Исследование уровня аспарат-трансаминазы в крови	1	2
A09.05.042	Исследование уровня аланин-трансаминазы в крови	1	2
A09.05.017	Исследование уровня мочевины в крови	1	2
A09.05.021	Исследование уровня общего билирубина в крови	1	2
A09.05.023	Исследование уровня глюкозы в крови	1	2
A09.05.050	Исследование уровня фибриногена в крови	1	3
A09.05.051	Исследование уровня продуктов паракоагуляции в крови	1	3
A12.05.027	Определение протромбинового (тромбопластинового) времени в крови или в плазме	1	3
A09.05.048	Исследование уровня плазминогена в крови	1	3
A12.05.014	Исследование времени свертывания нестабилизированной крови или рекальцификации плазмы неактивированное	1	3
A09.28.001	Микроскопическое исследование осадка мочи	1	8
A09.28.003	Определение белка в моче	1	8
A09.28.017	Определение концентрации водородных ионов мочи (рН мочи)	1	8
A09.28.023	Определение удельного веса (относительной плотности) мочи	1	8
A26.06.082	Определение антител к <i>Treponema pallidum</i>	1	3
A26.06.036	Определение HbsAg к <i>Hepatitis B virus</i>	1	2
A26.06.041	Определение антител класса M, G (IgM, IgG) к <i>Hepatitis C virus</i>	1	2
A26.06.048	Определение антител класса M, G (IgM, IgG) <i>human immunodeficiency virus HIV 1</i>	1	2
A26.06.049	Определение антител класса M, G (IgM, IgG) <i>human immunodeficiency virus HIV 2</i>	1	2
A12.05.005	Определение основных групп крови (A, B, O)	1	1
A12.05.006	Определение резус-принадлежности	1	1
A12.06.043	Определение антител к антигенам групп крови	0,2	1
A01.31.010	Визуальный осмотр общетерапевтический	1	1
A01.31.011	Пальпация общетерапевтическая	1	1
A01.31.012	Аускультация общетерапевтическая	1	1
A26.20.015	Микроскопическое исследование влагалищного отделяемого на кандиды ( <i>Candida spp.</i> )	1	3
A26.20.017	Паразитологическое исследование влагалищного отделяемого на трофозонты трихомонад ( <i>Trichomonas vaginalis</i> )	1	3
A26.20.001	Микроскопическое исследование влагалищного отделяемого женских половых органов на гонококк ( <i>Neisseria gonorrhoeae</i> )	1	3
A26.20.008	Микроскопическое исследование влагалищного отделяемого женских половых органов на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы	1	1

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД**	ЭКД***
Витамины и минералы			0,8		
		Фолиевая кислота	0,8	30 мг	6000 мг
		Поливитамин	0,4	1 драже	200 драже
		Поливитамин + Мультиминерал	0,4	2 табл.	180 табл.
		Железа (III) гидроксид полимальтозат	0,2	3 табл.	90 табл.
		Железа фумарат + Фолиевая кислота	0,1	1 капсула	90 капсул
		Железа (III) гидроксид полимальтозат + Фолиевая кислота	0,1	1 табл.	60 табл.
		Калия йодид	0,4	200 мкг	6000 мкг
		Витамин Е	0,4	300 мкг	3000 мкг
	Кальция карбонат	0,6	500 мкг	15000 мкг	

\* — анатомо-терапевтическо-химическая классификация.

\*\* — ориентировочная дневная доза.

\*\*\* — эквивалентная курсовая доза.



КЛИНИЧЕСКИЙ РАЗБОР

В терапевтическое отделение городской больницы был доставлен скорой медицинской помощью больной мужчина М., 44 лет. При поступлении он предъявлял жалобы на выраженную одышку в покое, усиливающуюся при незначительном физическом усилии, приступы удушья, кашель, невозможность откашливания мокроты.

При объективном осмотре — состояние средней степени тяжести, ближе к тяжелому. Положение больного — ортопноэ; телосложение астеническое; бледность кожных покровов. Выраженная одышка в покое, дыхание через рот. Частота дыхательных движений 32 в минуту. В легких над всей поверхностью дыхание резко ослаблено, выслушиваются единичные базовые, жужжащие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Частота сердечных сокращений — 115 в минуту. АД — 105/60 мм рт. ст. В остальном по органам — без патологии.

Из анамнеза известно, что пациент курит на протяжении 20 лет по 20 сигарет в день. Впервые одышка при физической нагрузке появилась около 3 лет назад, впоследствии стала постоянной, мучительной. Неоднократно обращался в поликлинику по месту жительства, госпитализировался в стационары. Больному выставлялись такие диагнозы, как ИБС, стенокардия напряжения (по данным коронарографии коронарные артерии интактны); хронический бронхит, диффузный пневмосклероз. Состояние прогрессивно ухудшалось.

В 2005 году был госпитализирован в клинику ММА им. И.М. Сеченова, где проведено комплексное обследование.

**Рентгенография органов грудной клетки:** легочный рисунок с признаками выраженного пневмосклероза, эмфиземы легких. Имеется буллезная деформация легочной ткани верхних отделов обоих легочных полей, наличие двусторонних плевродиафрагмальных спаек, корни расширены.

**Компьютерная томография органов грудной клетки:** воздушность легочной ткани значительно повышена, особенно в базальных отделах легких, за счет распространенной внутридольковой и сливной эмфиземы, разность плотностей легочной ткани на вдохе и выдохе — менее 10 Ед. Стенки бронхов утолщены. С обеих сторон определяются плевродиафрагмальные спайки.

**Бодиплетизмография:** ФЖЕЛ = 43%; ОФВ1 = 17%; ОФВ1/ФЖЕЛ = 34%; МОС 25% = 6%; МОС 50% = 5%; МОС 75% = 9%. Тяжелая генерализованная эмфизематозная обструкция легких.

Помимо прочих исследований больному был определен в крови уровень  $\alpha_1$ -антитрипсина, который составил 0,3 г/л (при норме 1,4–3,2 г/л). Был установлен диагноз: Хроническая обструктивная болезнь легких крайне тяжелого течения. Эмфизема легких, обусловленная врожденной недостаточностью  $\alpha_1$ -антитрипсина. Дыхательная недостаточность 3 степени.

Проводилась длительная кислородотерапия, терапия антибиотиками, бронхолитиками (беродуал, атровент, теотард), муколитиками (лазолван), ингаляционными глюкокортикостероидами в комбинации с  $\beta_2$ -агонистами длительного действия (фликсотид, серетид), небулизация растворов. Терапия продолжалась дома, в том числе небулайзерная терапия и длительная кислородотерапия с помо-

щью концентратора кислорода, прием стимулятора периферических хеморецепторов Арманора. Кроме того, рекомендован отказ от курения, физические тренировки в виде дозированной ходьбы, гимнастика с включением верхнего плечевого пояса. На фоне проводимого лечения наблюдался некоторый положительный эффект, однако при незначительном переохлаждении состояние больного резко ухудшалось, что служило поводом для повторной госпитализации, как и в этот раз.

Дефицит  $\alpha_1$ -антитрипсина — наследственное заболевание, встречается среди представителей европеоидной расы. В США им страдают от 70 до 100 тыс. человек. Низкий уровень  $\alpha_1$ -антитрипсина в крови коррелирует с уменьшением его содержания в респираторной зоне легких и определяет высокий риск развития панацинарной эмфиземы легких.  $\alpha_1$ -антитрипсин ингибирует сериновые протеазы, в том числе сериновую эластазу нейтрофилов. Дефицит  $\alpha_1$ -антитрипсина является единственной патологией, приводящей к развитию хронической обструктивной болезни легких. Из всего числа больных хронической обструктивной болезнью легких в США пациенты с дефицитом  $\alpha_1$ -антитрипсина составляют около 1%. Более 95% пациентов с выраженным дефицитом сывороточного  $\alpha_1$ -антитрипсина (ниже 57 мг/дл) гомозиготны по Z-аллели; соответствующий генотип обозначается PiZZ. Гетерозиготы PiMZ (редко встречаются и среди лиц черной и желтой расы) имеют уровень сывороточного  $\alpha_1$ -антитрипсина промежуточный между уровнем такового у лиц с нормальными аллелями среди (PiMM) и гомозигот (PiZZ). При популяционных исследованиях у гетерозигот PiMZ увеличения риска хронической обструктивной болезни легких выявлено не было. Каждый десятый европеец является гетерозиготным по Z-аллели.

При низком уровне ингибитора в крови клинические признаки эмфиземы легких в 60% случаев появляются в возрасте до 40 лет и в 90% случаев — до 50 лет. Курение потенцирует развитие болезни: одышка у курящих с дефицитом  $\alpha_1$ -антитрипсина и эмфиземой легких появляется в среднем на 10 лет раньше, чем у некурящих, а продолжительность жизни у них на 10–20 лет меньше, чем у некурящих. Основную массу больных с панацинарной эмфиземой, обусловленной дефицитом  $\alpha_1$ -антитрипсина, составляют курящие мужчины европейского происхождения в возрасте 25–45 лет. Только 16% таких больных доживают до 62 лет, тогда как 85% остальных людей живут до этого возраста.

Для лечения может использоваться ингаляционное введение  $\alpha_1$ -антитрипсина, полученного синтетически, что является малоэффективным, т. к. препарат быстро разрушается. При дефиците  $\alpha_1$ -антитрипсина наблюдаются также поражения печени, такие, как холестатическая желтуха, цирроз печени.

Таким образом, как видно в описанном клиническом примере, несмотря на правильно установленный, объективно подтвержденный диагноз, прогноз заболевания неблагоприятный, эффективного патогенетического лечения не существует.

Клинический ординатор Доркина А.А.  
Доцент, к. м. н. Смирнова М.С.

## Дефицит $\alpha_1$ -антитрипсина

## ИнтерНьюс

Управление по контролю за продуктами и лекарствами США (FDA) отменило существовавший в течение 14 лет запрет на применение силиконовых имплантатов груди

Операции по вживлению силиконовых имплантатов разрешены женщинам от 22 лет, а также в восстановительной хирургии. FDA одобрило продукцию только двух производителей, получивших доказательства оносительной безопасности их имплантатов груди. Компании уже объявили снятие запрета «историческим моментом».

Разрешив применение силиконовых имплантатов, управление обязало производителей начать исследование возможных последствий утечки силикона для организма женщины. FDA также призвало американок, прибегнувших к операции на груди, регулярно проходить магнитно-резонансное обследование, чтобы оперативно обнаружить силикон в случае возможного разрыва имплантата. Впервые силиконовые вставки для груди появились на американском рынке в 1962 году. Через тридцать лет FDA наложило запрет на их использование, позволив лишь вживлять имплантаты в грудь в научных целях. В основном ученые пытались установить связь между силиконовой грудью, раком и волчанкой. Прямой зависимости не обнаружилось, однако в ходе исследований выяснилось, что разрыв имплантата происходит в 77 процентах случаев. Последствия разрыва и утечки силикона могут быть непредсказуемыми — от болезненных ощущений в груди или онемения до полного изменения формы бюста.

Источник:  
www.solvey-pharma.ru

### От шизофрении страдает биохимия

Биохимические изменения, происходящие при заболевании шизофренией, происходят не только в нервной системе, но и за ее пределами — в остальных частях организма. Об этом свидетельствуют итоги исследования, проводившегося под руководством С. Бан из Кембриджского университета. Было установлено, что при шизофрении в мозге больных людей можно обнаружить некоторые белки, типичные только для этого заболевания. Однако С. Бан смогла отыскать эти белки не только в тканях нервной системы, но и в других органах. К примеру, такие патологические молекулы удалось обнаружить в эритроцитах и в клетках печени. Д-р Бан утверждает, что благодаря этому открытию такие белки можно использовать в качестве биомаркеров шизофрении. Как поясняет исследовательница, если эти характерные изменения, отражающие нарушения в мозге, могут обнаруживаться в других частях организма, то это можно использовать при разработке лекарственных препаратов и новых диагностических методик.

Источник:  
Journal of Proteome Research

### Библиотека станет доступнее

В рамках приоритетного национального проекта «Образование» разработано программное обеспечение в Центральной научной медицинской библиотеке для предоставления доступа к образовательной электронной библиотеке с контекстным поиском по специальностям, дисциплинам и учебным темам. Поддерживаются все виды учебных материалов в электронном виде: учебные планы, лекции, основная и дополнительная литература, нормативные документы и стандарты, фотоальбомы и атласы, методические разработки кафедр, лабораторные работы, практикумы, ситуационные задачи, задания для выполнения контрольных работ. Для информационного обеспечения научных исследований производится наполнение документальной электронной библиотеки полными текстами диссертаций. Для получения доступа к электронной образовательной библиотеке студентам ММА необходимо записаться в ЦНМБ по адресу: Нахимовский проспект, д. 49, где будет выдана пластиковая карта читателя с идентификатором и паролем, либо воспользоваться классом удаленного доступа по адресу: ул. Б. Пироговская, д. 6, стр. 1, 1-й этаж, комната 20 (Центральный клинический корпус). С правилами пользования можно ознакомиться на странице ЦНМБ.

Источник: mta.ru

### Уважаемые коллеги!

Мы очень рады, что конкурс, предложенный редакцией газеты, вызвал такой широкий отклик. Мы полностью с вами согласны — редкий и сложный клинический случай, так на рентгенограмме выглядеть могут очень разные образования. В представленном случае был кальциноз фиброматозного узла матки (симптом «каменной матки»). Точно ответили на вопрос конкурса доктора А. Щербакова и С. Береговская. Но редакция «Московского доктора» решила поощрить всех участников конкурса (все будут получать в течение 2007 г. журнал «Клиническая геронтология»). А также мы ждем и от Вас, дорогие читатели, клинических «загадок». Авторы лучших мы обязательно поощрим.

Редколлегия

У пациентки имеет место дермоидная киста яичника.  
Н. Джанани, Москва

Уважаемые коллеги! Я решил высказать свое мнение по поводу снимка «Внимание конкурс». Мой стаж работы 35 лет. За время моей работы было много сложных больных и нас учили внимательно собирать анамнез, обследовать пациента «по Образцову». Только на основании снимка сложно дать заключение. Мое мнение: на снимке эхинококк мочевого пузыря обызвествленный.

А. Возисов, Москва

На снимке кальциноз матки («каменная матка»)

А. Щербакова, Москва

На снимке кальцинированная гигантская миома.

С. Береговская, Москва

В декабрьской газете «Московский доктор» № 24 объявлен конкурс, я принимаю участие в этом конкурсе. Мой ответ: на снимке видна опухоль дистального отдела толстой кишки, предположительно ректосигмоидного перехода (поверхность опухоли импрегнирована контрастной массой после проводимой ирригоскопии).

Врач рентгенолог П. Нефедов,  
Воронежская область, г. Борисоглебск.

### Внимание, конкурс!



В «Московском докторе» № 24 за 2006 год на 9 стр. опубликован конкурс. Если на снимке не какая-нибудь экзотика типа окаменевшего плода 50-летней давности, то скорее всего — каловый камень (фекалома).

P.s. «Московский доктор» — глоток свежего воздуха в душающей атмосфере promotion-периодики. Спасибо.

С наилучшими пожеланиями В. Игнатьев,  
г. Ярославль

Здравствуйтесь редакция. В 24 номере предлагается участвовать в конкурсе. Что видно на снимке? Отвечая на ваш вопрос. Можно предположить об инкапсулированном инородном теле малого таза, оставленном после оперативного лечения (по типу салфетки).

Врач-эндоскопист А. Блажих,  
г. Челябинск

**Программа заседаний МГНОТ на март–май 2007 г.**

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

Дата, автор	Тема, аннотация
14 марта 2007 года, среда в 17.30	Заседание Правления и Ревизионной комиссии Повестка дня: отчеты председателей секций нефрологии и иммунопатологии; профилактической медицины и профессиональных болезней; теории и истории медицины за 2 года.
14 марта 2007 года, среда в 18.00 1. Проф. А. И. СИНОПАЛЬНИКОВ (ГИУВ МО РФ).  2. А. Г. РОМАНОВСКИХ (ГИУВ МО РФ).	1. Антибактериальная терапия при обострении хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) «за» и «против». В докладе будет представлен современный взгляд на роль и место бактериальной инфекции в процессе эволюции ХОБЛ, а также алгоритм выбора рациональной антимикробной химиотерапии при обострении данного заболевания. 2. Сравнительная эффективность и безопасность левофлоксацина и кларитромицина у больных с осложненным обострением ХОБЛ. В докладе будут представлены данные по сравнительной оценке эффективности, безопасности и индивидуальной переносимости левофлоксацина и кларитромицина с медленным освобождением у пациентов, переносящих осложненное обострение ХОБЛ.
28 марта 2007 года, среда в 18.00 1. Проф. О.В. МАКАРОВА (ГУ НИИ МЧ РАМН). 2. Д.м.н. Г.М. ГАЛСТЯН, проф. С.А. ВАСИЛЬЕВ, к.б.н.А.Л.БЕРКОВСКИЙ, член-корр. РАМН В.М. ГОРОДЕЦКИЙ (ГУ ГНЦ РАМН). 3. Член-корр. РАМН Б.П. БОГОМОЛОВ (ФГУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой ГМУ УД Президента РФ») 4. Проф. Ю.Г. ПАРХОМЕНКО (Инфекционная клиническая больница № 2, Департамент здравоохранения г. Москвы, ГУ НИИ МЧ РАМН). 5. Проф. О.В. ЗАЙРАТЬЯНЦ (МГСУ Росздрав, Департамент здравоохранения г. Москвы).	<b>КРУГЛЫЙ СТОЛ: «СЕПСИС»</b> 1. Современные представления об иммунологических механизмах сепсиса. 2. Сепсис. Септицемия. Септический шок. Патогенетическая терапия.  3. Сепсис у инфекционных больных.  4. Сепсис с позиций патологоанатома.  5. Требования к формулировке патолого-анатомического диагноза.
11 апреля 2007 года, среда в 17.30	Заседание Правления и Ревизионной комиссии. Повестка дня: подготовка к проведению отчетно-перевыборного заседания МГНОТ 25 апреля 2007 года.
11 апреля 2007 года, среда в 18.00 1. Проф. М.Я. РУДА (РКНПК МЗ СР РФ).	1. Восстановление коронарного кровотока – основа лечения инфаркта миокарда. Окклюзивный тромбоз коронарной артерии – непосредственная причина развития крупноочагового инфаркта миокарда. Единственный патогенетически обоснованный метод лечения инфаркта миокарда – восстановление коронарного кровотока по пораженному сосуду. Обсуждаются современные фармакологические и интервенционные подходы к решению этой проблемы.
25 апреля 2007 года, среда в 18.00 1. Председатель Правления МГНОТ академик А.И. ВОРОБЬЕВ. 2. Проф. В.В. ЦУРКО.  4. Член-корр. РАМН В.Г. САВЧЕНКО. (ГУ ГНЦ РАМН).	Отчетно-перевыборное пленарное заседание общества. 1. Отчет о работе Правления МГНОТ за 2 года. 2. Отчет о работе ревизионной комиссии за 2 года. 3. Выборы нового состава Правления и Ревизионной комиссии. Выборы Председателя Правления МГНОТ. 4. Классическая и молекулярная гематология: успехи в лечении разных опухолей системы крови. Парадокс современной гематологии заключается в том, что созданные путем эмпирического перебора цитостатических препаратов протоколы лечения лейкемии за последние 10–20 лет не изменились, принципиально не изменились и эффективность лечения злокачественных заболеваний крови (за рядом нескольких ярких исключений), но при этом наше понимание глубинных процессов лейкемогенеза и контроля за минимальной остаточной популяцией опухолевых клеток значительно значительно расширилось. Также принципиально важным изменением стало то, что за это время в гематологии были сменены ориентиры: оценка эффективности лечения производится уже не по первичным эффектам, а долгосрочным результатам.
23 мая 2007 года, среда в 17.30	Заседание Правления и Ревизионной комиссии. Повестка дня: утверждение нового состава бюро секций МГНОТ. Докладчики: председатели бюро секций.
23 мая 2007 года, среда в 18.00 1. Академик А.И. ВОРОБЬЕВ. 2. Проф. А.В. НЕДОСТУП, проф. А.Д. СОЛОВЬЕВА, к.м.н. В.И. ФЕДЕРОВА, к.м.н. О.В. БЛАГОВА, к.м.н. Т.И. САНЬКОВА, к.м.н. С.М. ГОРДЕЕВ, С.С. ВАСЮКОВ (ММА им. И.М. Сеченова).  3. Проф. Г.А. ГРИГОРЬЕВА (ММА им. И.М. Сеченова).	Пленарное заседание общества, <b>ПОСВЯЩЕННОЕ 110-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ВЫДАЮЩЕГОСЯ ТЕРАПЕВТА АКАДЕМИКА АМН СССР ВЛАДИМИРА ХАРИТОНОВИЧА ВАСИЛЕНКО.</b> 1. Слово о Владимире Харитоновиче Василенко. 2. Мерцательная аритмия – новое в представлениях о патогенетически обоснованной консервативной терапии. В докладе будут представлены сведения современной тактики урежающей ритм терапии, основанной на полученных авторами принципиально новых данных, касающихся патогенеза мерцательной аритмии; рекомендации по лечению будут представлены в виде схемы – алгоритма. Вторая часть доклада будет посвящена новому подходу к превентивной терапии при пароксизмальной форме мерцательной аритмии, основанному на полученных авторами сведениях о циклической активности головного мозга у этих больных (феномена «пароксизмального мозга») 3. Синдром раздраженного кишечника. Особое место в гастроэнтерологии занимают функциональные расстройства желудочно-кишечного тракта, и в частности, синдром раздраженного кишечника. Потребовалось более 20 лет прежде чем были выработаны международные согласительные документы по функциональным гастроинтестинальным расстройствам (Римские критерии 11, 1999 г. и консенсус – Рим – 3, 2006). В основе доклада – освещение современного состояния проблемы СРК, анализ результатов использования во врачебной практике критериев СРК и анализ диагностических ошибок.
<b>Секционные заседания</b>	
Секция клинической геронтологии и гериатрии в конференц-зале МГКБ № 60 (шоссе Энтузиастов, 84/1, корпус 1, 2 этаж)	
15 марта 2007 года, четверг в 15.00 Проф. Б. К. РОМАНОВ.	Фармакотерапия хронического панкреатита у пожилых больных.
19 апреля 2007 года, четверг в 15.00 К.б.н. Л.Б. ВАСЬКОВА, к.м.н. Н. МУСИНА, О.С. СУШКОВА.	Интегральный показатель качества жизни в оценке фармакотерапии гипертонической болезни.
17 мая 2007 года, четверг в 15.00 Проф. Б.К. РОМАНОВ.	Актуальные вопросы фармакотерапии у лиц пожилого возраста.
Секция электрокардиографии и других инструментальных методов исследования сердечно-сосудистой системы. В аудитории 1 кафедры терапии РМАПО (больница им. С.П. Боткина, 20 корпус, 1 этаж, проезд до ст. метро «Беговая», «Динамо»)	
20 марта 2007, вторник в 17.00 К.м.н. В.В. ПОПОВ, проф. Г.Г. ИВАНОВ.	Значение дисперсии и альтернации реполяризации в генезе аритмий.
17 апреля 2007, вторник в 17.00 Д.м.н. В.А. ВОСТРИКОВ, проф. Г.Г. ИВАНОВ.	Мерцательная аритмия: особенности ЭКГ-диагностики, тактики терапии и прогноза.
15 мая 2007, вторник в 17.00 Проф. В.Е. ДВОРНИКОВ, к.м.н. М.Р. АЛЕКСАНДРОВА	Некоторые дискуссионные вопросы электрокардиографической диагностики.
Секция неотложной терапии совместно с расширенным заседанием МГНОТ с участием врачей скорой помощи. В большом конференц-зале клинко-хирургического корпуса НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского (Сухаревская пл., 3, вход с Грохольского пер.)	
13 марта 2007 года, вторник в 16.00 Проф. С. А. БОЙЦОВ.	Пути снижения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в Российской Федерации.
24 апреля 2007 года, вторник в 16.00 Д.В. РУДНЕВ, А.П. ГОЛИКОВ, И.И. СТАРОВЕРОВ и соавторы.	Новые возможности тромболитической терапии уролазой больных острым инфарктом миокарда.
22 мая 2007 года, вторник в 16.00 Член-корр. РАМН проф. В.Б. СИМОНЕНКО, проф. Б.И. АЛЕКСЕЕВ, к.м.н. И.В. ЗАХАРОВ.	Сравнительные результаты лечения многососудистого поражения коронарных артерий ангиопластикой и аортокоронарным шунтированием.
Секция ревматологии (В помещении конференц-зала Института ревматологии РАМН (Каширское шоссе, 34))	
10 апреля 2007 года, вторник в 16.00 К.м.н. О.Н. ЕГОРОВА, проф. Р.М. БАЛАБАНОВА.	1. Виростатическая терапия при ревматоидном артрите и системной красной волчанке. 2. Демонстрация наблюдений.
15 мая 2007 года, вторник в 16.00 1. Проф. Л.П. АНАНЬЕВА. 2. Д.м.н. М.З. КАНЕВСКАЯ.	1. Лайм-боррелиоз: диагностика и лечение. 2. 20 лет метатрексата при ревматоидном артрите.
5 июня 2007 года, вторник в 16.00 Д.м.н. Б.С. БЕЛОВ, С.Г. МАНЮКЯН, М.В. ПОЛЯНСКАЯ.	1. Проблема коморбидных инфекций в ревматологии. 2. Демонстрация наблюдений.
Секция нефрологии и иммунопатологии и профилактической медицины и профессиональных болезней. (Аудитория клиники нефрологии, внутренних и профессиональных болезней им. Е.М. Тареева ММА им. И.М. Сеченова (ул. Россолимо, 11-а))	
15 марта 2007 года, четверг в 16.30 д.м.н. А. Н. ЦЫГИН (НИИ педиатрии РАМН РФ)	Инфекция мочевыводящих путей в детском возрасте: современное состояние вопроса. Клиническое наблюдение и комментарии.
19 апреля 2007 года, четверг в 16.30 К.м.н. Л.Ю. МИЛОВАНОВА, д.м.н. Н.Л. КОЗЛОВСКАЯ (клиника нефрологии, внутренних и профессиональных болезней ММА им. И.М. Сеченова). Комментарии – проф. В.А. ВАРШАВСКИЙ (кафедра патанатомии ММА им. И.М. Сеченова), проф. Л.С. БИРЮКОВА (ГНЦ РАМН), к.м.н. В.В. РАМЕЕВ (ММА им. И.М. Сеченова).	Клиническое наблюдение (поражение почек, связанное с отложением легких цепей иммуноглобулинов у больной с миеломной болезнью)
17 мая 2007 года, четверг в 16.30	Годичная конференция кафедры терапии и профессиональных болезней «ЭСТАФЕТА ПОКОЛЕНИЙ» совместно с секциями нефрологии и иммунопатологии и профилактической медицины и профессиональных болезней. Телефон для справок: 248-41-66. Секретарь секции БОБКОВА ИРИНА НИКОЛАЕВНА
Секция лечебного питания (Клиника лечебного питания Института питания РАМН (Каширское шоссе, 21))	
13 марта 2007 года, вторник в 16.00 А. Р. БОГДАНОВ.	Питание больных, перенесших операцию на сердце.
10 апреля 2007 года, вторник в 16.00 Е.К. БАЙГАРИН.	Применение пищевых волокон в клинической практике.

**ПИСЬМА**

*Авторам книги: «Протокол ведения больных. Болезнь Паркинсона».*

*Уважаемые господа!*

В Вашей книге на стр. 139 Вы рекомендуете: «Глубокое дыхание». Цель: добиться упражнением более глубокого дыхания.

Вы не указываете, по каким показаниям, для чего необходимо добиваться более глубокого дыхания и как часто надо это делать, т. е. один-два или три раза в сутки или через день и т. д.

Вместе с тем, ученые Фролов В.Ф. и Чеулывакин И.Л., Маталова Т.С., Бутейко К.Л. категорически возражают против глубокого дыхания, т. к., по их мнению, глубокое дыхание развивает серьезные заболевания органов дыхания и других систем организма.

К.Л. Бутейко разработал «метод болевой ликвидации глубокого дыхания». Этот метод с 1985г. применяется в медицинских учреждениях.

В.Ф. Фролов рекомендует эндогенное дыхание, категорически отрицает глубокое дыхание. Академик Фролов Владимир Федорович, его книги: «Медицина третьего тысячелетия» издана в 2003г. в г. Новосибирске, «Войди в столетие молодым. Эндогенная медицина без альтернатив», издана в 2002г. в Москве «Триада плюс».

Прошу Вас, пожалуйста, сообщите мне, для чего Вы рекомендуете глубокое дыхание, по каким показаниям и как часто надо его делать?

*С уважением и наилучшими пожеланиями!*

Самойлов А.И., Москва

От редакции: Письмо передано составителям Протокола ведения больных болезнью Паркинсона.



**XII Международная научно-практическая конференция «ПОЖИЛОЙ БОЛЬНОЙ. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ»**

1—3 октября 2007 года

Центральный дом ученых РАН, Москва

Web-сайт: [www.zdrav.net](http://www.zdrav.net), [www.zdravkniga.net](http://www.zdravkniga.net)

E-mail: [mtpndm@dol.ru](mailto:mtpndm@dol.ru)

Постоянно действующий Организационный комитет конференции «ПОЖИЛОЙ БОЛЬНОЙ. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ» сообщает о проведении 1—3 октября 2007 года XII Международной научно-практической конференции. Среди организаторов: Министерство здравоохранения и социального развития РФ, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования, Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова, Московский государственный медико-стоматологический университет, Научное медицинское общество геронтологов и гериатров, Геронтологическое общество РАН, ООО «МТП Ньюдиамед».

**Основные научные направления конференции:**

- Организация медицинской и социальной помощи пожилым. Современные геронтологические. Сестринский процесс.
- Геронтологические аспекты терапии (кардиология, ревматология, гематология, и т.д.), хирургии, офтальмологии, стоматологии, неврологии и психиатрии.
- Теоретические основы геронтологии, старение, геропротекторы.
- Стандартизация, медицина, основанная на доказательствах, и клинико-экономический анализ в гериатрии.
- Геронтофармакология.

Техническое обеспечение: оверхед, мультимедийная установка.

Во время конференции будет проходить выставка ведущих фирм, производящих лекарственные препараты, лечебное и реабилитационное медицинское оборудование, предметы ухода для пожилых.

Предоставление тезисов до 15 июня 2007

Регистрационный взнос с учетом действующих налогов составляет 2000 руб. и обеспечивает аккредитацию участника конференции, публикацию тезисов, получение опубликованных тезисов, папки с материалами конференции, ежедневный обед. Для членов Научного медицинского общества геронтологов и гериатров — оплата в размере 50%. Вопрос о возможности аккредитованных участников выступить с

устным сообщением решается Организационным комитетом на основании заявки и тезисов.

Регистрационный взнос следует перечислять на расчетный счет ООО «МТП Ньюдиамед» с указанием фамилии участника конференции.

К/с 301 018 100 000 000 005 05  
Р/с 407 028 105 000 000 004 85  
в АКБ «СТРАТЕГИЯ» (ОАО)  
БИК 044 579 505  
Код по ОКОНХ: 91514  
Код по ОКПО: 189 440 19  
ИНН 770 224 522 0  
КПП 770201001

**Правила оформления тезисов:**

Тезисы объемом до 1 страницы формата А4, шрифт 12, 1,5 интервала в 2-х экземплярах высылаются в Оргкомитет. К тезисам прилагается дискета с электронным вариантом (Word для Windows). Возможна пересылка материалов по электронной почте ([mtpndm@dol.ru](mailto:mtpndm@dol.ru)) вложенным файлом. Воспроизведение с авторского оригинала без редактирования — ответственность за все ошибки лежит на авторе тезисов.

В тезисах должны быть указаны название, авторы, организация, желательно — цели и задачи исследования, описание методов и полученных результатов с приведением цифровых данных, заключение.

Образец:

**НАИМЕНОВАНИЕ РАБОТЫ (большими буквами)**

Авторы — Инициалы, Фамилия  
Учреждение, в котором выполнена работа

**ТЕКСТ**

Адрес Оргкомитета: Москва, 115446, Коломенский проезд д.4, ГКБ N 7, Кафедра гематологии и гериатрии ФППОВ ММА им. И.М. Сеченова, Оргкомитет Конференции: «ПОЖИЛОЙ БОЛЬНОЙ. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ».

Телефон/факс: 8-499-782-31-09.

E-mail: [mtpndm@dol.ru](mailto:mtpndm@dol.ru)

Web-сайты: [www.zdrav.net](http://www.zdrav.net); [www.zdravkniga.net](http://www.zdravkniga.net)

Председатель оргкомитета, профессор Воробьев Павел Андреевич  
Научный секретарь Некрасова Наталья Игоревна  
Ответственный секретарь Рихард Галина Семеновна

**Как получить нашу газету? БЕСПЛАТНО!**

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

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

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

Купон высылайте в конверте по адресу:

115446, Москва, Коломенский пр., д. 4, ГКБ № 7, кафедра гематологии и гериатрии.

Газета высылается БЕСПЛАТНО

**Сопредседатели секции:**

- Беленков Ю.Н., член-корр. РАН, академик РАМН, д.м.н., профессор
- Сандриков В.А., член-корр. РАМН, д.м.н., профессор
- Глезер М.Г., д.м.н., профессор
- Савенков М.П., д.м.н., профессор, кардиолог
- Парфенов В.А., д.м.н., профессор, невролог
- Чулин А.В., д.м.н., ангиохирург

**Программа заседания:**

1. Круглый стол
2. Обсуждения
3. Доклад спонсоров

Заседание пройдет по адресу: Москва, Ленинский проспект, д. 32-А Здание Президиума Российской Академии Наук, центральный вход 3-й этаж, синий зал заседаний

Проезд до станции метро «Ленинский проспект» (первый вагон из центра) или на любом троллейбусе от станции метро «Октябрьская-кольцевая»

**Сопредседатели секции:**

- Ноников В.Е., д.м.н., профессор, заместитель главного терапевта ГУЗ УДП
- Богомолов Б.П., член-корр. РАМН, профессор, заместитель главного инфекциониста ГУЗ УДП

**Программа заседания:**

1. Основной доклад
2. Выступления оппонентов
3. Доклад спонсора

Заседание пройдет по адресу: Москва, Ленинский проспект, д. 32-А Здание Президиума Российской Академии Наук, центральный вход 3-й этаж, синий зал заседаний

Проезд до станции метро «Ленинский проспект» (первый вагон из центра) или на любом троллейбусе от станции метро «Октябрьская-кольцевая»

**Сопредседатели секции:**

- Беленков Ю.Н., член-корр. РАН, академик РАМН, д.м.н., профессор
- Сандриков В.А., член-корр. РАМН, д.м.н., профессор
- Глезер М.Г., д.м.н., профессор
- Савенков М.П., д.м.н., профессор, кардиолог
- Парфенов В.А., д.м.н., профессор, невролог
- Чулин А.В., д.м.н., ангиохирург

**Программа заседания:**

1. Круглый стол
2. Обсуждения
3. Доклад спонсоров

Заседание пройдет по адресу: Москва, Ленинский проспект, д. 32-А Здание Президиума Российской Академии Наук, центральный вход 3-й этаж, синий зал заседаний

Проезд до станции метро «Ленинский проспект» (первый вагон из центра) или на любом троллейбусе от станции метро «Октябрьская-кольцевая»

## ИНФОРМАЦИЯ

Обновлен Интернет-сайт Межрегиональной общественной организации «Общество фармакоэкономических исследований» (<http://www.rspor.ru/>). На сайте представлены: стандарты медицинской помощи и протоколы ведения больных, утвержденные Министерством здравоохранения и социального развития, полная версия Справочника лекарственных средств Формулярного комитета РАМН, нормативная документация по стандартизации и управлению качеством в здравоохранении, другая полезная информация.

## ВНИМАНИЕ!

В газете «Вестник МГНОТ» **8 (499) 782-31-09**  
и на курсе Стандартизации в здравоохранении при кафедре гематологии и гериатрии **609-13-57** изменились телефоны!

## Приглашение

«Женщина.  
Дела  
сердечные»

15 марта 2007 года  
Начало в 17.00  
Вход по приглашениям

## Приглашение

«Инфекции  
подстерегают  
нас в Москве  
и Подмосковье»

3 апреля 2007 года  
Начало в 17.00  
Вход по приглашениям

## Приглашение

«Головная  
боль»

12 апреля 2007 года  
Начало в 17.00  
Вход по приглашениям

## Медицинские книги издательства «НЬЮДИАМЕД»

	ПРОТОКОЛ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ. БОЛЕЗНЬ ПАРКИНСОНА. 2006 г., 104 стр., м.о.		П.А. Воробьев АКТУАЛЬНЫЙ ГЕМОСТАЗ. 2004 г., 140 с., тв. п.
	Под ред. Новиковой В.Ф., Воробьева П.А. ТОЛКОВЫЙ АНГЛО-РУССКИЙ СЛОВАРЬ ТЕРМИНОВ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ В ГЕМАТОЛОГИИ И ИМУНОЛОГИИ. 2006 г., 154 с., м.о.		Под ред. П.А. Воробьева СБОРНИК ПРАВОВЫХ И НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ ТРАНСФУЗИОЛОГИИ. 2004 г., 540 с., тв. п.
	ПРОТОКОЛ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ. ГЕМОФИЛИЯ 2006 г., 120 с., м.о.		В.В. Цурко ОСТЕОАРТРОЗ: ПРОБЛЕМА ГЕРИАТРИИ. 2004 г., 136 с., тв. п.
	Под ред. Воробьева П.А. СПРАВОЧНИК ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ФОРМУЛЯРНОГО КОМИТЕТА. 2 издание 2006 г., 660 с., тв. п.		СТАНДАРТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ. 2004-2006 г. CD
	Под ред. Воробьева П.А. СПРАВОЧНИК ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ФОРМУЛЯРНОГО КОМИТЕТА. 2 издание 2006 г., CD		НОМЕНКЛАТУРА РАБОТ И УСЛУГ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ. 2004 г. CD
	Андриен Ю.И. МНОГОЧИСЛАЯ ГЕМОФИЛИЯ. 2006 г., 232 с., тв. п.		ПРОТОКОЛ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ. ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЗОВ И ЭМБОЛИЙ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИХ И ИНЫХ ИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ. 2004 г., 64 с., м.о.
	Под ред. Воробьева А.И. ОЧЕРКИ ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ ТРАНСФУЗИОЛОГИИ. 2006 г., 632 с., тв. п.		П.А. Бубнов-Рыбникова ГЛАВЫ ИЗ СЕМЕЙНОГО РОМАНА. 2003 г., 220 с., тв. п.
	Горюхова С.Г. СУТОЧНОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ. ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ. 2006 г., 51 с., м.о.		СБОРНИК ДОКУМЕНТОВ СИСТЕМЫ СТАНДАРТИЗАЦИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ. 2003 г. CD
	Голин Е.Е., Голин Г.Е. ГИПЕРТЕНЗИВНАЯ БОЛЕЗНЬ И АССОЦИИРОВАННЫЕ БОЛЕЗНИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ: основы патогенеза, диагностика и выбор лечения. 2006 г., 254 с., тв. п.		П.А. Воробьев АНЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ. 2001 г., 168 с., тв. п.
	Под ред. Воробьева П.А. ГЕРИАТРИЯ В ЛЕКЦИЯХ. ТОМ 2. том 1, 2002 г., 440 с., тв. п. том 2, 2005 г., 470 с., тв. п.		Е.В. Петровский ГЕРОНИМ, ДРАМАТИЗМ И ОПТИМИЗМ МЕДИЦИНЫ. 2001 г., 200 с., тв. п.
	ПРОТОКОЛ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ «ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ». 2005 г., 76 с., м.о.		Под ред. П.А. Воробьева ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ (ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ). 2000 г., 80 с., м.о.
	Под ред. А.И. Воробьева РУКОВОДСТВО ПО ГЕМАТОЛОГИИ. 3-е изд., в 3-х томах, том 3, 2005 г., 416 с., тв. п. том 2, 2003 г., 280 с., тв. п. том 1, 2002 г., 280 с., тв. п.		Под ред. Л.М. Горюховой ИЗБРАННЫЕ ГЛАВЫ ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ УРОЛОГИИ. 2000 г., 362 с., тв. п.
	Под ред. П.А. Воробьева КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ. ОЦЕНКА, ВЫБОР МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ И УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ. 2004 г., 404 с., тв. п.		А.И. Воробьев, Г.И. Касперов, В.А. Насонов И.А. КАСПЕРСКИЙ И ВРЕМЯ. ВОСПОМИНАНИЯ УЧЕНИКОВ И ДРУЗЕЙ. 1990 г., 156 с., м.о.
			А.И. Воробьев, П.А. Воробьев ДО И ПОСЛЕ ЧЕРНОБЫЛЯ. ВЗГЛЯД ВРАЧА. 1996 г., 180 с., м.о.

Вестник МГНОТ (бесплатное приложение для врачей к журналу «Клиническая геронтология»). Тираж 6000 экз.

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

РЕДАКЦИЯ: Главный редактор П.А. Воробьев

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

Редакционный совет: А.И. Воробьев (председатель редакционного совета), В.Н. Ардашев, А.С. Белевский, Ю.Н. Беленков, Ю.Б. Белоусов, Б.П. Богомолов, И.Н. Бокарев, В.И. Бурцев, Е.Ю. Васильева, В.А. Галин, М.Г. Глезер, Е.Е. Голин, А.П. Голиков, Д.И. Губкина, Н.Г. Гусева, Л.И. Егорова, В.М. Емельяненко, Р.М. Заславская, Г.Г. Иванов, В.Т. Ивашкин, А.В. Калинин, А.В. Каляев, С.В. Карпова, М.И. Кенжер, А.И. Кириенко, В.М. Кложев, Ф.И. Комаров, Б.М. Корнев, Л.Б. Лазебник, В.И. Маколкин, И.В. Мартынов, А.С. Мелентьев, А.А. Михайлов, В.С. Моисеев, В.Е. Ноников, Н.А. Мухин, Е.Л. Насонов, В.А. Насонова, В.Г. Новоженко, Л.И. Ольбинская, Н.Р. Палеев, М.А. Пальцев, В.А. Парфенов, А.В. Погожева, А.В. Покровский, В.И. Покровский, Н.П. Потехин, А.Л. Раков, М.П. Савенков, В.Г. Савченко, [В.В. Серов], В.Б. Симоненко, А.И. Синопальников, В.С. Смоленский, Г.И. Сторожаков, А.Л. Сыркин, В.П. Тюрин, А.И. Хазанов, Е.И. Чазов, А.Г. Чучалин, Л.В. Циганова, В.В. Цурко, Т.В. Шишкова, Н.А. Шостаков, А.В. Шлектор, Н.Д. Ющук, В.Б. Яковлев

Газета распространяется среди членов Московского городского научного общества терапевтов бесплатно

Адрес: Москва, 115446, Коломенский пр., 4, ГКБ № 7, Кафедра гематологии и гериатрии

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

Отдел рекламы (495) 729-97-38

При перепечатке материала ссылка на Вестник МГНОТ обязательна.  
За рекламную информацию редакция ответственности не несет.