



ВЕСТНИК МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО

# МОСКОВСКИЙ ДОКТОР

Апрель 2007

№ 7 (48)

НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ

Я окончил обычный медицинский институт, после окончания некоторое время работал на кафедре госпитальной терапии. Вообще-то я еще на 6 курсе проходил отбор в отряд космонавтов. Из 3 медицинских вузов по Москве отобрали по несколько человек. Готовились отправлять многокорпусный корабль, и набиралась группа космонавтов-инженеров и врачей. Это был 1975 г. Тогда я не прошел в отряд космонавтов — нашли блокаду правой ножки пучка Гисса и кисту в правой гайморовой пазухе. Тогда от космонавтов требовалось только абсолютное здоровье. Обезьяны и собаки слетали, нужно было на человеке проверить. Примерно так и отбор шел по клиническим критериям, требовалось абсолютное здоровье, в том понимании медицины, на тот момент ее развития. Конечно, я переживал, приятеля моего взяли, а меня нет. Я, вдобавок, еще и крупноват был. Первые космонавты они же были небольшие по габаритам, размеры корабля ограничивали, человек с большими размерами туда просто не помещался. Потом уже, когда готовился корабль многокорпусного использования, росто-весовые показатели играли значительно меньшую роль.

Это теперь мы знаем, что надежность наших советских ракет была далеко не 100%. Один из космонавтов называл их «руссен бандурэн». Там ведь если старт уже дан, то управлять процессом 900 секунд практически невозможно, пока не отработает вся двигательная система. Есть, правда, пороховые ускорители (твердотопливная аварийная система, которая может унести космонавтов в кабине от основной ракеты в случае аварии), они выручают, а остальное — неуправляемый процесс. Пока не вышел на орбиту, от космонавта практически ничего не зависит. Также и при посадке — если траектория выбрана верно... На корабле многокорпусного использования шаттле, летные навыки нужны, потому что он планирует, а наш корабль по-прежнему — входит в атмосферу, и пока не выпустит парашют, ничего нельзя изменить. У нас управляемый корабль многокорпусный — Бурян был создан, на нем было 2 экспериментальных полета, и все, с человеком он не летал, так и стоит в Парке Горького. Страна приостановила это. Потому что экономически было неподъемно на тот момент. В очередной раз упали цены на нефть, а деньги полученные за всю нефть и газ ушли в песок. Если за тот же промежуток времени Бразилия, взяв у международных организаций кредит 150 миллиардов долларов, поднялась с 38 места и вошла в первую десятку стран, то мы с 500 миллиардами, полученными за нефть, упали... Увы, средний возраст членов политбюро приближается к 75 годам.

Я закончил институт, поработал на кафедре госпитальной терапии, никакого отношения к космосу не имел, хотя модельные эксперименты проводили — хоздоговорная деятельность: модельные эксперименты с имитацией невесомости. По этому общению с людьми, работающими в Институте медико-биологических исследований, было, и в какой-то момент там потребовался врач. И, пройдя трехмесячную проверку, я там и оказался. Я занимался реабилитацией: послеполетной — вернувшихся космонавтов нужно было возвращать к нормальному образу жизни, и после длительных подводных погружений. После полетов у них еще длительное время сохранялись изменения со стороны сердечно-сосудистой системы, этапные: сначала гипертонус, потом длительное гипотонус. И так со всеми системами. Если у подводников кроме сердечно-сосудистой системы страдала только еще дыхательная, то у космонавтов все системы. Космос — это новая среда обитания. Вы вытащите рыбу из воды и посмотрите, как она себя чувствует. Подводная физиология, это совершенно отдельная физиология она даже медициной подводной до сих пор условно называется. Я когда работал в Институте медико-биологических проблем, занимался и космонавтами и акванавтами — так называли участников сверхглубо-

ких и длительных погружений: акванавты и подводники, это совсем не то. Это Жак Ив Кусто создал системы глубоководного погружения. Ведь на чем он заработал свои деньги — в Мексиканском заливе американцы стали бурить скважины, но не расходовать свою нефть, а ставить специальные устройства — заглушки. Для того, чтобы выполнить работы на дне, нужен человек, а человек погружаться на такие глубины тогда не мог.

И вот Жак Ив Кусто, отработывая системы погружения на такие глубины, и заработал свои деньги, с помощью которых построил свои фантастические суда. И всю оставшуюся жизнь он путешествовал по миру и строил суда, «Калипсо» — так называлось его первое судно, был

## ПРЯМАЯ РЕЧЬ

Никто не знал, что будет с первыми людьми, вернувшимися из космоса. Гагарин даже ничего почувствовать не успел — 108 минут в космосе это практически ничего по теперешним временам.

ности 18 суток — первые из длительных полетов — в конце 60-х, начале 70-х годов, то прилетали люди полностью дезадаптированные. Их выносили на руках. И процесс реадaptации к земным условиям затянулся на не-

дели и даже на месяцы. Возвращались не больные люди, а адаптированные к другим условиям жизни, если хотите — возвращались инопланетяны.

По отношению к космосу, конечно же, осторожность была, но что ожидать было не-

известно. Мы сейчас просто сидим — у нас позотонические мышцы работают, а там начиналась их атрофия. И если их не укреплять физическими упражнениями, проводимыми на борту, заранее, конечно, их тоже укрепляют, наращивают мышечную массу, наращивают устойчивость к нагрузкам, но если их там не поддерживать, то они катастрофически быстро атрофируются. Есть, конечно, модельные методы имитации невесомости, которые в гипокинезии заключаются, но вектор гравитации при этом все равно работает. Полная имитация невесомости на земле практически невозможна. Имитируются какие-то одни факторы: либо сердечно-сосудистые, либо гипокинетические, вплоть до иммерсии, придумано же погружение в иммерсию. Но когда полеты стали увеличиваться по продолжительности, то стало ясно, что без комплекса физических упражнений не обойтись, специальные дорожки были придуманы, велоэргометры. Это все для космоса было придумано, как и памперсы.

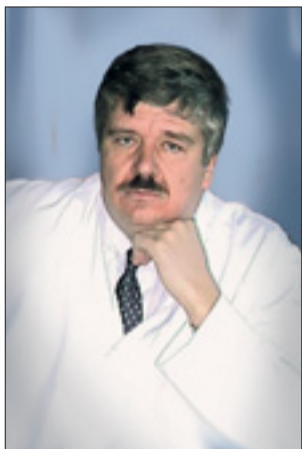
Возвращение на землю после более длительного полета стало представлять опасность для здоровья человека. Ведь даже предположить вестибулярную устойчивость не всегда удается даже опытным путем. Есть кресло Барани, оно еще ставится на качели, на нем нужно пригибать голову к коленям, то есть идет

нагрузка в трех плоскостях. Но даже такой метод исследования бывает недостоверным. Космическая медицина как отрасль науки, это совершенно отдельная медико-биологическая наука. Исследуется не только человек, а все живые объекты: Белки, Стрелки. Никто точно не знает, от чего Белка в полете умерла.

После того, как полеты стали длиться по несколько месяцев, стало ясно, что серьезные изменения происходят и в кальциевом обмене. Когда в конце 80-х — начале 90-х был первый почти годичный полет, то потери кальция у космонавта составили почти четверть. Тогда только у нас появились первые денситометры. Возвращались не совсем инвалиды, но первым делом нам надо было их защитить от травм, физических нагрузок. И, кроме того, тогда не было нормальных препаратов кальция. Мы начали кормить их вываркой из костей — хашем, давать яичную скорлупу с лимонным соком, при этом постепенно увеличивали физические нагрузки, исключая прыжковые. Все это чисто интуитивно. Это сейчас уже доказано, что без физической нагрузки кальций не усваивается. За 3 месяца удалось уменьшить потери кальция почти в половину.

Так что проблемы были во всех системах организма. Почечная фильтрация страдала — нет же вектора гравитации, проблемы кишечника — нет правильной моторики, гипокинезия, микробная флора изменяется, развивается дисбиотический процесс, и не только в кишечнике, но и на коже, в респираторном тракте. И с дальнейшим увеличением продолжительности полетов космическая медицина сталкивается все с новыми проблемами, которые пока успешно преодолеваются. Это сейчас полеты чуть больше года самые длинные, а для полета, к примеру, на Марс потребуется не менее 2,5 лет. Накопленные медицинские данные позволяют это совершить, если китайцы, конечно, не обгонят: они поставили себе задачу открыть базу на Луне через 12–15 лет, а через 25–30 лет быть на Марсе.

## Таких не берут В КОСМОНАВТЫ...



Ю. В. Конев

минный тральщик времен войны — деревянный, а следующие суда его с парусами своеобразными, это была уже целая наука. Он первый придумал метод длительного погружения — на корабле есть барокомплекс, повышается давление, допустим, до 30–40 атм, акванавты находятся в этом барокомплексе, к ним пристыковывается герметичный колокол, он уходит на глубину, они там работают, потом возвращаются с 300–400 метров к этому комплексу и живут там на протяжении времени выполненных работ, а потом длительная декомпрессия. Самая длительная на моем веку — была 17 суток. Это совершенно отдельная медицина.

Никто не знал, что будет с первыми людьми, вернувшимися из космоса. Гагарин даже ничего почувствовать не успел — 108 минут в космосе это практически ничто по теперешним временам. Первые полеты ставили задачи: попробовать попить, попробовать поесть, попробовать нужду справить. Это же совершенно новая среда обитания. Человечество вот этим шагом в космос вышло на совершенно новый этап эволюции.

Это самое важное, пожалуй, в космической медицине, это можно сравнить только с тем, когда жизнь вышла на сушу, прорыв в совершенно новую среду обитания. А средства, которыми медицина обладала, были примитивными, использование иностранной аппаратуры долгое время было под запретом, а своя отставала.

И вообще с истинно медицинскими проблемами столкнулись только тогда, когда полеты стали длиннее. Первые полеты были кратковременные, там просто период острой адаптации, тот, у кого отолитовый аппарат устроен по-особому — не выносит невесомость, тот практически весь полет проводил в состоянии, мягко

выражаясь, тошноты. Адаптация наступает к 7–10 суткам, и тогда начинаются совершенно другие проблемы, и эти проблемы встали первый раз пе-

ред медициной: ведь первые корабли были очень крошечные, несколько кубометров. Космонавты сидели там согнувшись, практически в позе эмбриона. Когда появился корабль «Союз», там появился небольшой бытовой отсек, за счет него можно было вытянуться, но не больше. Когда полеты достигли продолжитель-

На Шаттле летные навыки нужны, потому что он планирует, а наш корабль по-прежнему — входит в атмосферу и пока не оплавится и не выпустит парашют ничего нельзя изменить.

Если у подводников кроме сердечно-сосудистой системы страдала только еще дыхательная, то у космонавтов все системы.

## ИнтерНьюс

### И снова о том, как лечить гипертонию

Д-ром Д.В. Преображенским опубликован подробный обзор проблем терапии артериальной гипертонии у пожилых. Артериальная гипертония является одним из главных факторов риска мозгового инсульта, коронарной болезни и других сердечно-сосудистых заболеваний, с которыми связано около половины всех случаев смерти. У пожилых больных с артериальной гипертонией антигипертензивная терапия предотвращает развитие и прогрессирование деменции, которая значительно ограничивает их возможность к самообслуживанию и увеличивает расходы на лечение и затраты по уходу не только в стационаре, но и на дому. Всего 3 класса антигипертензивных препаратов считаются наиболее подходящими для начальной терапии изолированной систолической гипертонии у пожилых: тиазидные или тиазидоподобные диуретики, вазоселективные антагонисты кальция и блокаторы АТ<sub>1</sub>-рецепторов. Однако в качестве монотерапии эти препараты позволяют достигнуть «целевого» уровня АД менее чем у 50% пожилых. В большинстве случаев препараты этих 3 классов приходится комбинировать друг с другом или использовать комбинации диуретика и антагониста кальция с ингибитором АПФ.

**Источник:**  
Клиническая геронтология,  
2006, № 10

### Хозяева собак и кошек здоровее, чем лишние этого счастья

Британский психолог Д. Уэлс пришла к выводу, что хозяева домашних животных отличаются лучшим здоровьем, чем несчастные, лишённые радости общения с братьями меньшими. Г-жа Уэлс уверена, что владельцы собак счастливее, здоровее и живут дольше, по сравнению с владельцами кошек, гуляющих сами по себе. По словам психолога, основное преимущество собак в необходимости выгуливать их каждый день, в любую погоду, а это — и физические нагрузки, и закалка. Согласно статистике, на которую ссылается Уэлс, собаководы куда реже болеют и обращаются к врачам, чем хозяева кошек. Кроме того, их давление и уровень холестерина гораздо реже выходит за рамки нормы. Но и это еще не все. В случае если собаковод, не дай Бог, перенесет сердечный приступ, его восстановление займет куда меньше времени, чем у владельца кошки, находящегося в той же возрастной категории. Собаки позитивно влияют и на ощущение полноты жизни. Выгуливая любимца, хозяева псов встречают интересных людей, которые также вышли на прогулку. Это не только мимолетное общение, но и шанс завести друзей и даже создать семью.

**Источник:** mma.ru

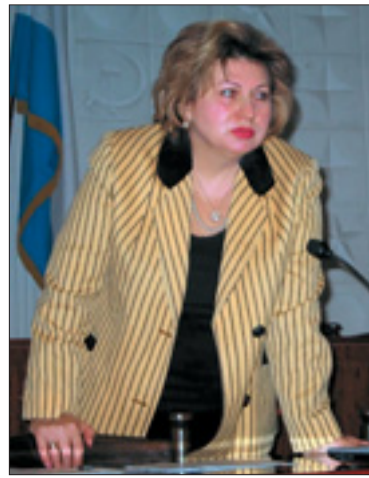
### В половом бессилии виноваты мобильники

За последние 50 лет в 2 раза упала концентрация сперматозоидов у мужчин: 40 лет назад нижняя граница нормы была 60 млн сперматозоидов в мл, потом — 40 млн, а теперь — всего 20 млн. Еще пара десятков лет — и очень многим придется прибегать к искусственному оплодотворению. По мнению андролога М. Корякина мобильные телефоны негативно влияют на количество и качество сперматозоидов. Венгерские ученые еще в 2004 г. обнаружили, что у мужчин, которые носили мобильный телефон на поясе или в кармане брюк, меньше чем через год показатели ухудшились на 20—30%. Даже если не разговаривать по телефону, он подает сигнал для связи с сетью, особенно в помещениях которые экранированы (лифт, подвал, метро и т. п.). При активном поиске сети сигнал многократно усиливается. В 2006 г. на конференции Американского общества репродуктивной медицины был представлен доклад, в котором говорилось о негативном влиянии на мужчин самих разговоров по мобильнику: чем дольше они говорили в течение дня, тем меньше у них было сперматозоидов.

**Источник:**  
АИФ 24.01.07

Лететь туда недалеко — всего-то метр какой-то по карте. Самолетом — почти 9 часов. Самолет удобный, новый — ИЛ-96. Курящих штрафуют пачками и выводят с трапа с милицией. Комфорт. Погода, правда, подвела — ни вулканов, ни циклонов, ни гейзеров: так, поземка и туманы. Ачинская губа, сопки, сейнеры, атомные подводные лодки. Это — форпост обороны страны, это источник рыбных богатств. Последнее — в прошлом, сейчас все деньги уходят из региона куда-то мимо, город ветшает, жители уезжают. Много ведь тех, кто и приехал сюда недавно, но настоящий камчадал своего полуострова не покинет. Такой природы ведь нет нигде в мире. Нигде!

Областная конференция продолжает серию конференций по доказательной медицине, проводимых ежегодно на Дальнем Востоке Хабаровским институтом повышения квалификации специалистов здравоохранения (ректор — С.Ш. Сулейманов). 27 и 28 февраля в здании областной администрации прошли заседания. Первыми выступили официальные лица — вице-губернатор по социальным вопросам, затем — начальник управления здравоохранения администрации Камчатской области В.Ф. Раенко. Речь шла о пробле-



Главный врач Е. И. Белкина

своены коды жизненной важности явно без учета имеющихся доказательств. Одновременно отсутствуют некоторые важные лекарства, например, варфарин.

При АВС и VEN-анализах за 2003—2005 гг. был показано, что доля жизненно важных препаратов в группе А в целом не изменяется и колеблется в пределах от 59,6% до 51,2%. Доля второстепенных препаратов (N) в группе А составляла в

2003 г. 1,7%, а в 2005 г. — 0,48%. За последние 7 лет увеличились затраты на приобретение жизненно важных и необходимых лекарственных средств с 30% бюджета больницы, выделенного на закупку лекарственных средств в 2000 г. до 98% — в 2006 г. Повысилась эффективность использования коечного фонда больницы: уменьшился средний срок лечения с 15,1 до 14,3 дня; увеличился оборот койки с 21,3 до 23,2; увеличилось количество пролеченных больных с 11 882 до 13 675; уменьшилось среднее время простоя койки с 3,6 до 1,7; увеличилась средняя занятость койки с 322,9 до 333.

## Фармакоэкономика и доказательная медицина добрались до Камчатки



Л.А. Грачев, П.А. Воробьев, С.Ш. Сулейманов, В.Ф. Раенко

мах управления качеством, темах, обозначенных в заглавии заметки. Два доклада были представлены хабаровскими коллегами и два — специалистами Камчатки. Один из них, сделанный главным врачом Е. И. Белкиной, был посвящен опыту внедрения формулярной системы в областной больнице им. А. С. Лукашевского г. Петропавловска-Камчатского.

Нам представляется важным хотя бы тезисно изложить основные положения этого выступления, тем более что потом удалось ознакомиться со всем рассказанным воочию. В 2000—2001 гг. в больнице была создана формулярная комиссия; проведено обучение, начаты анализ информации об использованных лекарственных средствах и оценка использования лекарственных средств, создан первый формулярный список лекарственных средств; создана и внедрена компьютерная программа учета медикаментов в аптеке; введен полицейской учет использования медикаментов в отделениях. В 2002—2006 гг. проводилось совершенствование формулярного списка; была организована работа лекарственной экспертной комиссии, организована работа Центра по контролю и изучению побочных действий лекарственных средств; внедрен автоматизированный АВС и VEN-анализы использования лекарственных средств по отделениям.

Ввиду недостаточного технического оснащения полицейской учет использования медикаментов в отделениях проводится в несколько этапов: старшие сестры выкопировывают из историй болезней данные о лекарственных назначениях и передают информацию оператору отделения АСУ; оператор вносит эту информацию в базу данных. Время обработки одной истории болезни — около 5 минут.

При анализе Формулярного Перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств областной больницы установлено, что Перечень сформирован в соответствии с отраслевым стандартом «Правила формирования Перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств». На жизненно необходимые и важнейшие лекарственные средства в настоящее время приходится до 98% расходов на лекарственные средства. Расходы на закупку

Таким образом, формуляры и экономические расчеты позволяют существенно повысить эффективность вложения средств, что особенно актуально для дотационных отдаленных уголков нашей страны.

И несколько слов о наболевшем — о ДЛО. Денег на область выделили на порядок меньше потребности, при этом обслуживать за счет области этих льготников нельзя по закону — нецелевое расходование средств. Дали 30 млн, из них 12 млн уйдет на несколько тяжелых больных (диабет, гемофилия, онкология, психиатрия и рассеянный склероз). Здесь всего 7 гемофиликов. В 2006 г. для этих больных купили лекарств на 120 млн. Реакция на сложившееся положение — болезненная. Вот фраза из газеты «Камчатка сегодня» от 28.02.07: «Лекарственный кризис одновременно является и кризисом гуманности, поразительно четко продемонстрировавшим огромное противоречие между интересами госу-



Вулканы в облаках

дарства в лице министерства, призванного заботиться о здоровье граждан, и самими гражданами, оставленными наедине с болезнями. Вот уж воистину пример того, как от совести и интеллекта нескольких человек «наверху» напрямую зависят жизни миллионов больных людей. В отсутствие закона остается надеяться лишь на справедливость. Говорят, надежда умирает последней? Но в таком случае кто-то может оказаться и первым в списке невинных жертв этого бизнеса на крови». Большого — не скажешь.

И. Тюрина, М. Авксентьева

24.01.2007 г. на Заседании Правления МГНОТ были заслушаны отчеты председателей ангиологической и кардиологической секций, секции «Человек и инфекция» за 2 года.

**ОТЧЕТ О РАБОТЕ АНГИОЛОГИЧЕСКОЙ СЕКЦИИ ЗА ПЕРИОД 2005—2006 гг.**

В 2005 году было проведено 6 заседаний секции, в которых приняли участие 331 чел.

№	Дата	Тема	Доклады	Кол-во участников
1	16 февраля	«Диабетическая ретинопатия — лечит хирург или терапевт? А может быть, вместе?»	Пименов И.В. (Диабетический центр департамента г. Москвы)	168
2	16 марта	«Тромбоэмболия. Протокол ведения пациента»	Кириенко А.И. (РГМУ) Парфенов В.А. (ММА) Терещенко С.Н. (МГМСУ)	135
3	18 мая	Гиперкоагуляционный синдром	Воробьев А.И., (ГНЦ) Савенков М.П. (РГМУ)	126
4	14 сентября	Атеротромбоз. Причина или результат?	Савенков М.П. (РГМУ) Кириенко А.И. (РГМУ) Парфенов В.А. (ММА)	127
5	16 ноября	«Пример из клинической практики. Что в первую очередь?»	Парфенов В.А. (ММА) Савенков М.П. (ММА)	78
6	14 декабря	«Аневризма — когда оперируем?»	Затевахин И.И. (ГКБ № 57)	69

В 2006 году было проведено 6 заседаний секции, в которых приняли участие 193 чел.

№	Дата	Тема	Доклады	Кол-во участников
1	23 марта	Ваш коронарный больной прооперирован — что дальше?	Савенков М.П. (РГМУ) Парфенов В.А. (ММА) Чернышева И.Е. (НЦ интервенционной кардиоангиологии)	56
2	13 апреля	Что-то с памятью моей стало...	Парфенов В.А. (ММА) Старчина Ю.А. (ММА)	124
3	31 мая	Дисфункция эндотелия. Что можно противопоставить?	Кошкин В.М. (РГМУ) Макаария А.Д. (ММА) Замятин М.Н. (Нац. медико-хирургич. Центр им. Н.И. Пирогова) Стойко Ю.М. (Нац. медико-хирургич. Центр им. Н.И. Пирогова)	84
4	12 октября	Перебегающая хромота: ограничения для хирургии — перспективы для терапии	Харазов А.Ф. (Институт Хирургии им. А.В. Вишневского) Савенков М.П. (РГМУ)	97
5	9 ноября	Можно ли скальпелем лечить артериальную гипертензию? (Успехи эндоваскулярной хирургии и консервативного лечения)	Бокарев И.Н. Савенков М.П. (РГМУ)	69
6	13 декабря	Головокружение не от успехов	Толмачева В.А. (РКНПК) Абдуллина О.В. (ММА)	80

**ОТЧЕТ О РАБОТЕ СЕКЦИИ «ЧЕЛОВЕК И ИНФЕКЦИЯ» ЗА ПЕРИОД 2005—2006 гг.**

В 2005 году было проведено 6 заседаний секции, в которых приняли участие 270 чел.

№	Дата	Тема	Доклады	Кол-во участников
1	8 февраля	«Чья инфекция мочеполовой системы — уролога, нефролога или терапевта?»	Деревянко И.И. (НИИ Урологии) Винаров А.З. (ММА)	113
2	17 мая	Диарейный синдром — инфекция или результат неправильного лечения	Шептулин А.А. (ММА)	117
3	7 июня	Что такое лихорадка неясного генеза: диагноз или его отсутствие	Девяткин А.В. (ЦКБ УДП РФ) Семенкова Е.Н. (ММА)	164
4	18 октября	«Биотерроризм — возможные инфекции и токсины»	Жемчугов В.Е. (Российский Красный Крест)	65
5	15 ноября	«Хламидиоз — мифы и реальность»	Ушкалова Е.А.	80
6	13 декабря	«Гепатит: есть чем лечить, а можно ли излечить?»	Хазанов А.И. (ИУВ МО РФ)	121

В 2006 году было проведено 6 заседаний секции, в которых приняли участие 206 чел.

№	Дата	Тема	Доклады	Кол-во участников
1	29 марта	Антибиотики и ХОБЛ в терапевтической практике: необходимость или традиции прошлого?	Синопальников А. (ИУВ МО РФ ГВКГ им. Бурденко) Латков О.Е. (ЦКБ УДП РФ) Ноников В.Е. (ЦКБ УДП РФ)	86
2	18 апреля	ЛОР-патология в практике врача-терапевта	Сединкин А.А. (Моск. гор. центр оториноларингологии) Никифорова Г.Н. (ММА) Морозова С.В. (ММА)	100
3	16 мая	Инфекционная природа поражения желудка — мифы и реальность	Коган Е.А. (ММА) Лапина Т.А. (ММА)	94
4	12 сентября	Аллергия, иммунитет и частые респираторные инфекции	Богомоллов Б.П. (ЦКБ УДП РФ) Ноников В.Е. (ЦКБ УДП РФ) Зыков К.А. (ВКНЦ)	80
5	21 ноября	Инфекционный фактор в развитии обострений бронхиальной астмы: взгляд терапевта, аллерголога и пульмонолога	Ноников В.Е. (ЦКБ УДП РФ) Овчаренко С.И. (ММА) Абубикиров А.Ф. (ЦНИИ туберкулеза)	61
6	5 декабря	Инфекция мочевых путей: быстрое развитие, быстрое лечение	Перепанова Т.С. (НИИ Синякова Л.А. (РМАПО)	78

**ИнтерНьюс**

У мужчин, чей рост по мере старения уменьшился на 3 см и более, выше риск общей смертности и коронарных заболеваний

Д-р С. Г. Воннамете (Школа Медицины Royal Free and University College, Лондон, Великобритания) сравнил рост 4213 мужчин в возрасте 40—59 лет и 20 лет спустя, в 60—79 лет. Средняя потеря роста за 20 лет наблюдения составила 1,67 см, увеличиваясь по мере увеличения возраста: 1,2 см, 1,6 см, 2,0 см и 2,3 см у мужчин исходного возраста 40—44 года, 45—49 лет, 50—54 года и 55—59 лет соответственно. Кроме того, потеря роста достоверно коррелировала с 20-летней потерей веса. За последующие 5 лет наблюдения было зарегистрировано 760 смертей от всех причин. Общая смертность была достоверно выше у мужчин с уменьшением роста 3 см и более, чем у участников с потерей роста не более 1 см (ОР 1,64). Связь с повышением риска общей смертности уменьшалась после поправки на возраст, наличие факторов сердечно-сосудистого риска, функцию легких, предшествующую сердечно-сосудистую патологию, уровень альбумина, самооценку здоровья и потерю веса (ОР 1,45). Основной вклад в избыточную общую смертность вносили сердечно-сосудистые и легочные заболевания, но не онкопатология. После поправки на вмешивающиеся факторы лишь у мужчин с потерей роста не менее 3 см был повышен риск развития коронарных событий (ОР 1,42); связи с риском инсульта не отмечалось.

Источник: Arch Intern Med 2006

Образовательный уровень инсультных больных определяет ответ на реабилитацию в стационаре, а уровень дохода — восстановление после выписки

Д-р К. Путман (Брюссельский Университет Vrije, Бельгия) проанализировал данные 419 инсультных больных из 6 европейских центров реабилитации. Оказалось, что при образовании ниже среднего вероятность эффективной внутрибольничной реабилитации была на 47% и 46% ниже, чем у лиц с более высоким образовательным уровнем по шкалам Barthel Index и Rivermead Motor Assessment (RMA) Arm scale соответственно. Возможно, при более высоком уровне образования пациенты более активно участвуют в реабилитационных мероприятиях, а также получают более детальную и доступную информацию о своем состоянии и процессе восстановления. Любопытно, что образовательный уровень не влиял на эффективность восстановления после выписки, в отличие от уровня дохода. Так, при низком доходе (не более 60% среднего национального дохода) вероятность улучшения по общей шкале RMA была ниже на 80%, по шкале RMA Leg and Trunk — ниже на 78%, и по шкале RMA Arm — ниже на 70%, чем при более высоком доходе. Это может быть обусловлено тем, что менее обеспеченные пациенты реже посещают занятия по реабилитации.

Источник: J Neurol Neurosurg Psychiatry 2006

Из-за компьютеров зрение россиян становится хуже год от года

Офтальмологи бьют тревогу — зрение россиян становится хуже год от года. За последние 6 лет число глазных заболеваний увеличилось почти на 3 млн. Показатели заболеваний органов зрения в России растут и в большинстве регионов превышают средне-европейские в 1,5—2 раза. По сравнению с 2000 г., когда только зарегистрированных глазных заболеваний в стране было около 9,3 млн, в прошлом году их насчитывалось уже более 12 млн. По мнению специалистов, такое негативное влияние на зрение оказывают как экологические факторы, так и технический прогресс. Дети XXI века, еще не научившись бегло читать, уже владеют компьютером на уровне начинающего программиста. Многие современные подростки проводят за компьютером большую часть своего времени: в их жизнь прочно вошли интерактивные компьютерные игры, книги, чаты и другие формы электронного досуга и общения. В профессиональной деятельности также трудно найти специальность, где бы не требовалось знание тех или иных компьютерных программ.

Источник: АМИ-ТАСС

## ИнтерНьюс

**Острая гипертензия отмечается более чем у 60% инсультных больных, поступающих в отделения неотложной помощи**

Д-р А. Оуреши (Медико-стоматологический Университет Нью-Джерси, Нью-Арк) проанализировал данные национального представительного исследования National Hospital Ambulatory Medical Care Survey (2003), охватившего 563 704 инсультных пациентов. При поступлении систолическое артериальное давление (САД) было нормальным (<140 мм рт. ст.) у 31% больных, предгипертония (140—184 мм рт. ст.) отмечалась у 56%, гипертония 1 ст. (185—219 мм рт. ст.) — у 13%, гипертония 2 ст. (>219 мм рт. ст.) — у 0,1%. Стандартизованные по возрасту, полу и этнической принадлежности показатели для предгипертонии, гипертонии 1 и 2 ст., соответственно, достигали 19%, 31% и 30%. Для общей популяции в 1999—2000 гг. они составляли 37%, 12% и 4% соответственно. У всех больных с субарахноидальным кровоизлиянием отмечалось повышение АД, так же как у 75% лиц с внутримозговым кровоизлиянием и у 67% лиц с ишемическим инсультом. Тромбозис выполнялся у 1283 больных (0,4%), но ни у одного из пациентов с САД выше 184 мм рт. ст. Как полагают авторы, при ишемическом инсульте повышение АД может быть протективным механизмом, направленным на увеличение церебральной перфузии. При геморрагическом инсульте снижение АД может ограничить распространение гематомы, однако до настоящего времени для этого нет бесспорных доказательств. Поэтому авторы не рекомендуют снижать АД всем инсультным больным без исключения, отмечая необходимость дальнейшего изучения этого вопроса.

**Источник:**  
*Am J Emerg Med 2007*

**Умные датчики не позволяют перепутать младенцев или «забыть» хирургические инструменты в теле пациента**

В Израиле запатентованы хирургические инструменты, существенно снижающие риск того, что их «забудут» в теле прооперированного пациента. Израильская компания снабдила их миниатюрными датчиками, постоянно отслеживающими на установленном в операционной комнате экране местонахождение каждого скальпеля или зажима. Ранее инструменты просто пересчитывались после окончания операции, но, как показала статистика, случаи «забычивости» инструментов повторялись примерно один раз на 1,5 тыс. операций. В лучшем случае это приводило к повторному хирургическому вмешательству, в худшем — к летальному исходу. Помимо «хирургического» назначения, датчики размером с булавочную головку будут использоваться и для других медицинских целей. С их помощью будут следить за больными, страдающими потерей памяти, также они будут использоваться для идентификации младенцев, на теле которых сразу после рождения укрепят точно такой же датчик, как и у матери.

**Источник:** АМИ-ТАСС

**Нарушения метаболизма и сердечно-сосудистая патология**

стали предметом обзора «Диагностика инсулинорезистентности и коррекция метаболических нарушений» д-ров Р. Стрюк и Н. Цыганок. Спектр современных антигипертензивных препаратов широк, но стратегия постоянного приема лекарственного средства для снижения риска ассоциированных с гипертонией сердечно-сосудистых осложнений и летальности диктует необходимость индивидуального подбора препаратов. Следует учитывать экономические возможности, принадлежность к определенной группе риска, сопутствующие заболевания и метаболические нарушения.

**Источник:**  
*Клиническая геронтология, 2006, № 10*

## ЛИЧНОСТЬ

На протяжении многих десятилетий Николай Сергеевич Коротков оставался практически неизвестным и анонимным человеком для своих соотечественников, в учебниках физиологии только упоминалась фамилия автора метода. Ни в одном из трех первых изданий Советской медицинской энциклопедии о Н.С. Короткове не было биографической справки. Только в последнее время информация о Н.С. Короткове стала более доступной.

Николай Сергеевич Коротков родился в купеческой семье, в Курске (ул. Миленская, д. 40), 13 (25) февраля 1874 г. Еще мальчиком был принят приходящим учеником в Курскую гимназию. Учился Коля прилежно по всем предметам, за исключением Закона Божьего. В юношеские годы Николай не отличался крепким здоровьем, зато упорно закалялся и вырабатывал силу воли.

Закончив курскую мужскую гимназию, в 1893 г. поступил на медицинский факультет Харьковского университета. Характеристика, направленная из гимназии в университет, так описывала его личность: «Коротков всегда и во всем был исполнителем и состоял в числе отличных по поведению воспитанников гимназии. Всеми любимым дома и в школе, он обнаружил характер кроткий и уживчивый, а в силу благовоспитанности он уважает строй, порядок и законность во всем».

Во время учебы в Харьковском университете Николай Сергеевич Коротков проявил не только прилежание, но и истинное рвение в освоении наук: на первом экзамене, который именовался полудекарским, он получил отличные оценки по всем предметам: ботанике, зоологии, неорганической химии, минералогии, анатомии и сравнительной анатомии. После 3-го семестра он добивается перевода в более престижный по тем временам Московский университет. В августе 1898 г. Николай Коротков подает прошение о его допуске к экзаменам в медицинскую испытательную комиссию при университете. И, сдав почти по всем 24 предметам экзамены на «отлично» за 2 месяца, он с оценкой «весьма удовлетворительно» удаляется 31 октября 1898 г. «степени лекаря с отличием, со всеми правами и преимуществами». В этот же день он подписал «Факультетское обещание», букве и духу которого неукоснительно следовал всю свою жизнь.

Диплом «лекаря с отличием» Н. Коротков получил лишь 23 декабря 1898 г., но до этого он, не теряя времени, старательно готовился и успешно сдал экзамены еще и на звание «уездный врач», о чем ему было выдано соответствующее свидетельство. Его незаурядные способности и трудолюбие были замечены сотрудниками медицинского факультета, которые избрали его на должность сверхштатного ординатора хирургической клиники, руководимой профессором А.А. Бобровым. 2 мая 1900 г. распоряжением попечителя Московского учебного округа Николай Коротков был утвержден в этой должности на три года без содержания.

В 1900 г. Коротков записался добровольцем в санитарный отряд Иверской общины Красного Креста и отправился в Китай в расположение действующей русской армии во время известного Восстания боксеров в Китае (русские войска, участвующие в его подавлении, несли большие потери и настоятельно требовались врачи). Н.С. работал хирургом и инфекционистом под руководством доктора Алексинского, ученика А.А. Боброва.

«Стены перевязочной и операционной были бревенчатые, проводить операции в таком помещении невозможно. Чтобы не задерживать открытия лазарета, врачи хирурги И.П. Алексинский, Н.С. Коротков и В.Н. Саввин решили оборудовать операционную сами. Раздобыв в городе необходимые материалы, они собственноручно продезинфицировали помещение раствором формалина, обшили стены картоном и верх него белой клеенкой, которую в дальнейшем ежедневно мыли формалином. Пол устлали толстой клеенкой, края которой во избежание проникновения влаги от затекающей жидкости загнали на стены, под гуттаперчевую клеенку. 26 августа 1900 г. лазарет был открыт. В этот же день поступило 32 хирургических и 9 брюшноногифозных больных. А через два дня начались операции. В день производилось от двух до пяти операций. Оперировал либо старший врач, либо тот из докторов, на попечении которого находился оперируемый, причем старший врач ему помогал, а другой «хлороформировал»; если при операции требовалось два помощника, для наркоза приглашался один из врачей-терапевтов. В трудных случаях между врачами устраивались консультации. Каждый из врачей вел своих больных самостоятельно, писал истории болезней и производил перевязки. Обход палат начинался в восемь утра. Операции и перевязки проводились до двух—трех часов дня. Затем начинался прием амбулаторных больных, число которых с каждым днем увеличивалось. Терапевтических больных принимал врач С.Б. Бессонов, хирургических — все врачи-хирурги. Тут же им приходилось делать небольшие

операции: разрезы, наложение швов, экстракции зубов, удаление небольших опухолей и т. д.

Только врачи, сестры и санитары втянулись в нормальный рабочий ритм, как 9 сентября из Петербурга пришел приказ закрыть лазарет в Благовещенске и двигаться в Хабаровск. 13 сентября все больные и раненые были переведены во вновь открывшийся военно-полевой госпиталь. А персонал отряда на пароходе «Урал» (который пришел в Благовещенск с большим опозданием) 22 сентября отправился в Хабаровск.

## Тоны Николая Сергеевича Короткова, донесшиеся через годы

**А. Власова**



В Хабаровск прибыли вечером 28 сентября. Для лазарета были отведены казармы 1-й Уссурийской сотни в трех верстах от города. Помещение было уже подготовлено для лазарета, окрашено и побелено, и 3 октября состоялось его открытие. А 5 октября в Хабаровск пришла баржа «Полтава» с первыми тифозными больными, из которых 51 человек был принят в лазарет Красного Креста. Вид у этих больных был ужасен: обросшие, грязные, многие без мундиров и белья. А баржи с инфекционными больными (главным образом брюшным тифом) все прибывали. И к 20 октября, после небольшого ремонта помещений, лазарет был расширен до 100 коек.

В целях более равномерного распределения работы среди врачебного персонала врачам-хирургам (Н. Короткову в том числе) пришлось выполнять функции врачей-инфекционистов. В ноябре в Хабаровске наступили морозы, доходившие до 32 градусов Цельсия, и эпидемия брюшного тифа стихла, поступление больных из Маньчжурии прекратилось. А 15 декабря был получен приказ: в связи с окончанием деятельности отряда вернуться в Европеюскую Россию. Командировка закончилась.»

За самоотверженный труд в оказании помощи больным и раненым солдатам он был удостоен ордена Святой Анны III степени и правом ношения знака Красного Креста. В связи этой командировкой Н.С. Коротков совершил очень большое и интересное путешествие. Сначала он, чтобы попасть в Иркутск, проехал через всю Россию по железной дороге, а затем, добравшись до Владивостока. Возвратился в Москву он через Японию, Сингапур, о. Цейлон, Суэцкий канал и Феодосию.

По своему возвращению Коротков занимался записями воспоминаний о своей командировке, а также перевел с немецкого языка на русский монографию Эдуарда Альберта (Eduard Albert, 1841—1900) «Хирургическая диагностика». В 1903 г. профессором хирургии в Военно-медицинской академии был назначен С. П. Федоров, и он пригласил к себе Н. С. Короткова ассистентом. Он оперирует амбулаторных больных, руководит наложением повязок. И все это Н.С. Коротков делает опять безвозмездно, снова находясь в должности сверхштатного ординатора. Почти сразу же по вступлении в должность, он подал прошение начальнику Военно-медицинской академии «о допущении его в настоящем году к экзаменам на степень доктора медицины», которое было удовлетворено 8 ноября 1903 г. Много энергии и труда отдает Коротков подготовке к этим серьезным экзаменам, изучению медицинской теории, особенно физиологии кровообращения и методов исследования функционального состояния сердечно-сосудистой системы. Тогда же блестяще сдает экзамены по многим теоретическим дисциплинам. Экзамен по физиологии принимал у него сам Иван Петрович Павлов.

Во время русско-японской войны Н. С. Коротков снова отбыл на Дальний Восток, в Харбин (Маньчжурия). Был старшим хирургом Второго Святого Георгия отделения Красного Креста. Во время русско-японской войны довольно часто наблюдались повреждения сосудов — артерий и вен, и, как их следствие, аневризмы, вызывающие боли, параличи, а при разрыве — и гибель раненого от кровотечения. Хотя аневризмы были известны давно, но к началу XX века их диагностика и лечение были разработаны недостаточно. Аневризмы обычно не прослушивали, что часто приводило к серьезным ошибкам (аневризму принимали за абсцесс). Лечились в то время аневризмы почти исключительно перевязкой поврежденной артерии. Николай Коротков, как правило, оперировал по способу Антиллуаса: производил перевязку и центрального и периферического концов артерии с рассечением или удалением аневризматического мешка. Судьба конечности после перевязки артерии зависела от степени развития коллатералей. Если они были развиты недостаточно, тогда наступала гангрена.

Раненые с аневризмами продолжали поступать. И почти в каждом случае Николай Сергеевич с тревогой ожидал результатов перевязки артерии. Именно это «неприятное невведение», по словам врача, и невыносимо тяжелое положение раненых заставило его поставить перед собой конкретную и ясную цель — найти признаки, руководствуясь которыми, можно было бы еще до операции определить, останется ли конечность цела, или омертвеет после перевязки артерии.

Продолжение на стр. 10

СТАНДАРТЫ – ЭКОНОМИКА – КАЧЕСТВО

NO PASARAN! ИЛИ ГДЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА?

Рынок лекарственных средств огромен, но только меньшая их часть обладает доказательствами эффективности. В настоящее время на медицинских работников и пациентов обрушивается масса информации, касающаяся «новых» и «старых» средств, призванных облегчить бремя болезни. Как разобраться в этой информационной каше? Где лекарство, заслуживающее внимания, а где просто бесполезный для пациента заработок фармацевтической компании?

Формулярный комитет РАМН создал и ведет как Перечень жизненно необходимых лекарственных средств (позитивный перечень), так и Негативный перечень медицинских технологий, чья неэффективность или опасность доказана (имеется на сайте Формулярного комитета сайта Общества фармакоэкономических исследований www.rspog.ru и представлен в Справочнике Формулярного комитета).

Другое важное направление — необходимость противодействия активной рекламе ряда препаратов, эффективность которых не изучалась в доброкачественных исследованиях. Нужно помнить, что за рекламными проспектами и псевдонаучной пропагандой стоят жизни пациентов, и врачи должны иметь непредвзятую и объективную информацию по лекарствам.

Редакционной коллегией Вестника МГНОТ принято решение о публикации обзоров по оценке эффективности и безопасности лекарственных средств выполненных в Институте по независимой оценке медицинских технологий Общества фармакоэкономических исследований.

**Тиоктовая кислота: анализ эффективности и безопасности**

Лекарственное средство, согласно официальной информации, относится к фармакотерапевтической группе «гормоны и средства, влияющие на эндокринную систему (инсулин и средства для лечения сахарного диабета)». Показаниями к применению из клинико-фармакологической статьи (государственный Реестр лекарственных средств) для лекарственного препарата — раствор для инъекций являются диабетическая и алкогольная полинейропатия.

Препарат представлен в Перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств (распоряжение Правительства Российской Федерации от 29 декабря 2005 г. № 2343-р). Препарат отсутствует в Перечне жизненно необходимых лекарственных средств Формулярного комитета РАМН. Препарат представлен в Федеральном руководстве для врачей по использованию лекарственных средств: восстановительный период инсульта, особенно у пациентов в трófических нарушениями<sup>В</sup>, диабетическая нейропатия<sup>А</sup>. Назначается при сосудистых заболеваниях головного мозга.

При поиске доказательств был найден один систематический обзор и протокол Кокрейновского систематического обзора. В мета-анализе исследований, посвященных терапии диабетической полинейропатии, показано, что применение тиоктовой кислоты увеличивает частоту выявления положительных неврологических симптомов у больных диабетом с симптоматической полинейропатией при применении суточной дозы 600 мг внутривенно на протяжении 3 недель. При такой схеме лечения показатели по шкале симптомов в нижних конечностях (Total Symptom Score) превосходят на 24% показатели пациентов из группы плацебо. На 16% различаются показатели по шкале Neuropathy Impairment Score of the lower limbs между пациентами из группы тиоктовой кислоты и плацебо. В то же время в группе плацебо улучшение наступило самостоятельно у 36,9% пациентов (!) против 52,7% в группе тиоктовой кислоты. Это, по всей вероятности, говорит о том, что само по себе активное лечение пациентов с диабетом приводит к улучшению симптоматики полинейропатии.

Данный мета-анализ основан на результатах 4-х рандомизированных контролируемых испытаний: ALADIN I, ALADIN III, SYDNEY, NATHAN II. Общее количество пациентов в обзоре составило 1258 человек. Исследования ALADIN I, ALADIN III, NATHAN II были многоцен-

тровыми, SYDNEY — моноцентровым (проведено в России). Все эти исследования были спонсированы компанией VIARTIS GmbH, Германия. Авторы отобрали для мета-анализа только исследования этой компании, так как, по их данным, больше никто подобных исследований не проводил. Это относится к серьезным нарушениям методологии систематических обзоров и значительно повышает риск смещения результатов. В исследованиях 90% пациентов составили пациенты с диабетом 2 типа (!). Таким образом, качественных данных по использованию тиоктовой кислоты при диабете 1 типа практически не имеется.

Среди исследований также наблюдается разнородность результатов. Так, самое большое испытание — ALADIN III (503 участника) продемонстрировало равную эффективность тиоктовой кислоты и плацебо. Нижняя граница эффективности тиоктовой кислоты в исследовании ALADIN I приближается к нулю. Самый значительный эффект препарата показан в российском моноцентровом испытании (SYDNEY). Если исключить результаты этого исследования из общего анализа, эффективность тиоктовой кислоты составит 49,4% против 40,7% больных, улучшение у которых наступает без препарата (группа плацебо).

При поиске дополнительной информации на сайтах Tripdatabase и National Guideline Clearinghouse не найдено ни одного клинического руководства с упоминанием тиоктовой кислоты. В Кокрейновской библиотеке опубликован протокол систематического обзора «Применение альфа-липоевой кислоты при диабетической периферической нейропатии», выход обзора ожидается в 2007 году.

**Заключение:** в настоящее время имеются ограниченные и противоречивые данные по эффективности тиоктовой кислоты только при диабетической полинейропатии (при диабете 2 типа) при лечении на протяжении 3 недель (внутривенные инфузии) — улучшение наступает у 35% пациентов без использования препарата и у 52% при его применении. Эффективность более короткого курса (менее 3 недель) не выяснена. Применение этого препарата при других состояниях нецелесообразно.

*Выражаю искреннюю признательность доктору D. Ziegler за предоставленные материалы для обзора по эффективности тиоктовой кислоты.*

**Полиоксидоний — доказательств эффективности нет!**

Полиоксидоний, согласно официальной информации о препарате, можно одновременно отнести к фармакотерапевтической группе «средства для профилактики и лечения инфекций (прочие средства для профилактики и лечения инфекций)»; и к группе «противоопухолевые, иммунодепрессивные и сопутствующие средства (сопутствующие средства для лечения опухолей)». Показан к применению у взрослых в качестве иммуностимулятора (в составе комплексной терапии заболеваний, сопровождающихся угнетением иммунитета) — гнойно-септические заболевания, острые и хронические вирусные и бактериальные инфекции, простатит, уретрит, хронический пиелонефрит, цистит, хронический салпингоофарит, эндофит, кольпит (бактериальный и неспецифический), эктопия влагалищной части шейки матки, дисплазия шейки матки, лейкоплакия травматической и вирусной этиологии; угнетение иммуни-

тета и кроветворения после лучевой и химиотерапии у онкологических больных, для активации регенераторных процессов (переломы, ожоги, некрозы), профилактики инфекционных осложнений у хирургических больных.

Препарат не представлен в Перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств (распоряжение Правительства Российской Федерации от 29 декабря 2005 г. № 2343-р). Препарат отсутствует в Перечне жизненно необходимых лекарственных средств Формулярного комитета РАМН.

При поиске доказательств в Medline было найдено 1 рандомизированное контролируемое испытание в 1998 г. на 56 пациентах с суррогатными конечными исходами (гематологические изменения).

Таким образом, сделано заключение о том, что достоверные данные по эффективности препарата отсутствуют.

**О методике выбора лекарств в медицинской организации — как собрать информацию**

Администрации больницы приходится регулярно решать важную задачу — определение списка медикаментов для закупки. Определение списка лекарственных средств, используемых в больнице — формулярного перечня, — должна заниматься формулярная комиссия. Принципы ее функционирования определены письмом МЗ РФ № 2510/1684-32 от 18 февраля 2000 г. «О примерном положении о формулярной комиссии». И сегодня в России уже накоплен 6-летний опыт работы подобных структур. Настоящая публикация описывает опыт по совершенствованию процедуры выбора лекарств для формуляра больницы.

Каждый раз, когда необходимо решить вопрос о включении или об исключении лекарственного препарата из

формулярного перечня, членам формулярной комиссии необходимо принять обоснованное решение в интересах пациентов, находящихся на лечении. Члены комиссии могут иметь разную точку зрения по вопросу, использовать различные данные литературы, иметь сложившиеся предпочтения, вступающие в противоречия с доказательствами. Таким образом, решение о выборе лекарства для организации, если следовать «правилу квадрата», может быть в значительной степени подтверждено неспецифическим воздействием. Для того, чтобы обезопасить решения формулярной комиссии от необоснованности, необходимо стандартизировать процедуру оценки информации.

**ИнтерНьюс**

**Фолиевая кислота неэффективна при вторичной профилактике коронарных событий**

Считается, что фолиевая кислота уменьшает отрицательные воздействия гипергомоцистеинемии у больных с коронарным склерозом. Д-р Лидия Баззано (Университет Tulane, Нью-Орлеан, Луизиана) выявила 12 рандомизированных контролируемых клинических испытаний, в которых сравнивались фолиевая кислота и плацебо — стандартное лечение в течение не менее 6 месяцев, а также определялись сердечно-сосудистые конечные точки. Все из 16 958 участников имели предшествующую сердечно-сосудистую патологию либо поражение почек. Снижение относительного риска для всех анализируемых исходов в группе фолиевой кислоты было статистически недостоверным: относительные риски 0,95 для всех сердечно-сосудистых заболеваний, 1,04 для коронарной патологии, 0,86 для инсульта, 0,96 для общей смертности. Впрочем, авторы не отрицают возможного положительного эффекта фолиевой кислоты в первичной профилактике, при более длительном наблюдении, в отдельных подгруппах (особенности генотипа, дефицит фолата и т. д.). Так или иначе, на сегодняшний день важно уделять основное внимание доказанно эффективным стратегиям вторичной профилактики — отказу от курения, нормализации нарушенного липидного профиля, артериального давления, углеводного обмена, массы тела, повышению физической активности.

**Источник:**

JAMA 2006; 296: 2720-6

**Согласно результатам нового мета-анализа, статины эффективны для первичной профилактики основных коронарных и цереброваскулярных событий, а также реваскуляризации**

В частности, статинотерапия достоверно, на 30%, снижала относительный риск основных коронарных событий среди 40 000 пациентов умеренного и умеренно-высокого риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, со средними уровнями холестерина липопротеинов низкой плотности. Риск нефатального инфаркта миокарда снижался на 32%, риск реваскуляризации — на 34%, риск цереброваскулярных событий — на 14%. При этом не было отмечено достоверного снижения риска коронарной болезни или общей смертности, сообщают д-р Н. Чоудри (Гарвардская Школа Медицины, Бостон, Массачусетс). Авторы включили в свой мета-анализ 7 крупных контролируемых клинических испытаний статинов, с определением частоты основных сердечно-сосудистых событий. В целом, были проанализированы данные 42 848 пациентов, у 90% из которых отсутствовала сердечно-сосудистая патология в анамнезе. За 4,3 года наблюдения ОР для основных коронарных событий, основных цереброваскулярных событий, общей смертности, смертность от коронарной патологии, нефатального инфаркта миокарда, реваскуляризации, фатальных и нефатальных онкозаболеваний составили 0,71; 0,86; 0,92; 0,77; 0,68; 0,66 и 1,01 соответственно. Снижение частоты основных коронарных событий на фоне приема статинов достоверно ассоциировалось с большим исходным риском коронарной патологии и большим повышением уровня ХС ЛПНП к концу наблюдения. Тем не менее, чтобы предотвратить одно основное коронарное событие, требуется в течение 4,3 лет лечить статинами 60 пациентов. Для цереброваскулярных событий этот показатель достигает 268, для нефатального инфаркта миокарда — 61, для реваскуляризации — 93. Поэтому в будущих исследованиях предстоит оценить экономическую эффективность статинов в первичной профилактике коронарной патологии у лиц среднего риска, подчеркивают авторы.

**Источник:**

Arch Intern Med 2006; 166: 2307-13

Начало на стр. 5

На сегодняшний день процедура получения информации об эффективности и безопасности медицинской технологии предполагает проведение поиска литературы. Когда принимаются решения о финансировании какой-то области здравоохранения на национальном уровне, во многих странах принято проводить тщательные систематические обзоры литературы, моделирование последствий внедрения и т. д. Для подобной работы нужны большие деньги и обученный персонал. Но для подобного анализа в медицинских организациях ресурсы крайне ограничены, если не сказать, что их попросту нет. Поэтому поиск литературы в основном проводится во вторичных источниках — систематических обзорах. По результатам такого обзора литературы у членов формулярной комиссии имеется непредвзятая и достоверная информация об эффективности и безопасности лекарственного средства. Это позволяет аргументировать включение или исключение препарата из формуляра больницы.

Методология такой процедуры разработана и внедрена в Ставропольской краевой больнице (главный врач проф. В.И. Кошель). Процедура оценки данных по эффективности лекарственных средств проводилась на основании обзоров литературы (все обзоры опубликованы на сайте «Общества фармако-экономических исследований» [www.rspog.ru](http://www.rspog.ru)). Такие обзоры проводились по тем лекарствам, эффектив-

ность которых вызывала сомнения. Первая часть обзора состояла из описания формальных признаков: название, фармакотерапевтическая группа, включение в ограничительные списки, показания. Для описания использовались непатентованные названия (международное непатентованное название (МНН), химическое название, название сложногокомпонентных лекарств). Фармакотерапевтическая группа бралась из Справочника лекарственных средств Формулярного комитета России и Перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств. Если же лекарственное средство не было представлено в этих источниках, фармакотерапевтическая группа определяется по аналогии со средствами, применяемыми по подобным показаниям. Показания для применения заимствовались из Государственного реестра лекарственных средств России — только зарегистрированные показания. Реестр в настоящее время доступен на Интернет-сайте «Обращение лекарственных средств» ([www.regmed.ru](http://www.regmed.ru)). Следует особо указать, что недопустимо использование коммерческих изданий (Видаль, Регистр лекарственных средств, издания ГЭОТАР) для вышеописанных целей, так как содержащаяся в ней информация может быть недостоверной и существенно отличаться от официальной.

Оценивается наличие препарата в Перечне жизненно необходимых лекарственных средств Формулярного комитета РАМН ([www.rspog.ru](http://www.rspog.ru)). Включение в эти списки означает, что препарат прошел несколько

этапов экспертной оценки. Так, для Перечня Формулярного комитета это трехступенчатая процедура. Комментарии из формулярной статьи к препарату из Справочника лекарственных средств Формулярного комитета РАМН могут включаться в отчет.

Далее следует поиск доказательств эффективности препарата. Поиск систематических обзоров проводится в базе данных Medline. Поиск другой релевантной научно обоснованной информации проводится в системе TRIP Database ([www.tripdatabase.com](http://www.tripdatabase.com)). Поиск обзоров литературы, которые ложатся в основу иностранных клинических практических руководств, проводится на Интернет-сайте, аккумулирующем большинство качественных рекомендаций (National Guideline Clearinghouse — [www.guideline.gov](http://www.guideline.gov)). Если систематические обзоры и клинические руководства не обнаружены, далее проводится поиск оригинальных исследований — рандомизированных контролируемых испытаний в Medline через интерфейс системы PubMed NLM ([www.pubmed.com](http://www.pubmed.com)), с использованием ограничителя «Randomized controlled studies».

Для анализа отбираются только рандомизированные контролируемые исследования, качество публикаций оценивается с помощью вопросника для оценки статей по терапии группы CASP (Critical Appraisal Skills Programme — программа освоения навыков критической оценки). Такие вопросники служат своеобразной подсказкой по методологии и акцентируют внимание исследователя на наиболее критических аспектах исследования.

## ОЦЕНКА ТЕХНОЛОГИЙ

Существует несколько классификаций побочных нежелательных реакций, однако все большее применение в разных странах находит классификация ВОЗ. Она вводит определения типов побочных реакций, классификацию по частоте встречаемости, по тяжести, по причинной взаимосвязи события с приемом лекарства. Эта классификация возникла и находит популярность не на пустом месте. При ее создании эксперты ВОЗ проводили консультации с национальными центрами, участвующими в программе мониторинга побочных реакций, окончательная версия была также согласована со всеми участниками программы (классификация, приведенная ниже, взята из руководства ВОЗ «Мониторинг безопасности лекарственных препаратов» и «Руководства по подготовке ключевой информации для отчетов по безопасности лекарственных препаратов»).

Для координации усилий по регистрации нежелательных побочных реакций ВОЗ организовала специальный центр (в г. Упсала, Швеция). Центр поддерживает одну из крупнейших в мире баз данных зарегистрированных побочных реакций (более 3,7 млн записей). Для практических целей на русском языке выпущено «Руководство по созданию и использованию Центра фармакологического надзора».

ВОЗ классифицирует побочные реакции по типу:

- побочные реакции — любые непреднамеренные и вредные для организма человека реакции, которые возникают при использовании препарата в обычных дозах с целью профилактики, лечения и диагностики;
- неожиданная побочная реакция — такая реакция, сведения о природе и тяжести которой отсутствуют в инструкции по применению препарата и ее не ожидают исходя из существующих знаний о свойствах препарата, т. е. речь идет о неизвестной реакции на препарат;
- побочные явления — любые неблагоприятные с медицинской точки зрения проявления, которые возникают во время лечения препаратом, но которые не обязательно имеют причинно-следственную связь с этим лечением. Возможно, что эти неблагоприятные проявления только совпадают по времени с приемом препарата;

- побочный эффект — любое непреднамеренное действие лекарства (выходящее за рамки рассчитанного терапевтического эффекта), обусловленное его фармакологическими свойствами, наблюдаемое при использовании лекарства в рекомендуемых дозах. Основные элементы этого определения — фармакологическая природа эффекта, его непреднамеренность и не результат передозировки.

## Нежелательные реакции глазами ВОЗ

О. Борисенко

По частоте побочные реакции подразделяются на:

- очень частые — более 1/10 (более 10%);
- частые — более 1/100 но менее 1/10 (более 1%, но менее 10%);
- нечастые — более 1/1000 но менее 1/100 (более 0,1%, но менее 1%);
- редкие — более 1/10000 но менее 1/1000 (более 0,01%, но менее 0,1%);
- очень редкие — менее 1/10000 (менее 0,01%).

Основные проблемы при определении частоты побочных реакций — определение знаменателя и несообщение врачами обо всех случаях возникновения реакций.

Для классификации по тяжести ВОЗ вводит ключевое понятие — серьезная побочная реакция, которая возникает при использовании любых доз лекарственных препаратов и приводит к смерти, требует госпитализации или продления настоящей госпитализации, приводит к инвалидности, угрожает жизни пациента. Именно значимость реакции является основой для дальнейших действий органов фарманадзора. Тяжесть реакции такой смысловой нагрузки не несет, так как тяжелой может быть реакция небольшой клинической значимости (например, сильная головная боль).

Также ВОЗ классифицирует побочные реакции по степени достоверности связи приема лекарства с возникшей побочной реакцией:

- достоверная — клинические проявления, включающие нарушения лабораторных показателей, возникающие в период приема препаратов и которые не

могут быть объяснены наличием существующих заболеваний и влиянием других факторов и химических соединений. Проявления побочной реакции регрессируют после отмены лекарства и возникают при повторном назначении;

- вероятная — клинические проявления, включающие изменения лабораторных показателей, связанные по времени с приемом лекарства, которые вряд ли имеют отношение к сопутствующим заболеваниям или другим факторам и которые регрессируют с отменой препарата. Ответная реакция на повторное назначение неизвестна;
- возможная — клинические проявления, включающие изменения лабораторных показателей, связанные по времени с приемом препарата, но которые можно объяснить наличием сопутствующих заболеваний или приемом других лекарств и химических соединений. Информация о реакции на отмену лекарства неясная;
- сомнительная — клинические проявления, включающие изменения лабораторных показателей, которые возникают при отсутствии четкой временной связи с приемом лекарства; присутствуют другие факторы (лекарства, заболевания, химические вещества), которые могут быть причиной их возникновения;
- условная — клинические проявления, включая нарушения лабораторных показаний, отнесенных к «побочным реакциям», которые нуждаются в получении дополнительных данных (для точной оценки) или же эти полученные данные в настоящее время анализируются;
- не поддающиеся классификации — сообщения о подозреваемой побочной реакции нельзя оценивать, так как нет достаточной информации или же она противоречива.

Однако этими подходами не исчерпывается все многообразие оценок побочных реакций, например, с экономических позиций, или в разрезе жизнеугрожающих реакций, или связь с врачебной ошибкой. Таким образом, продолжают изыскания в классификациях побочных реакций, тем более, что такая классификация должна учитывать реакции и при применении лекарственных методов диагностики, лечения или профилактики. Частично эти точки зрения можно найти и в Международной классификации болезней, травм и причин смерти МКБ-Х.

Материал 5-й и 6-й страниц подготовлен О. Борисенко

## 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.zdgrav.net>;
- в издательстве по тел. 8-499-782-31-09; E-mail: [mtpndm@dol.ru](mailto: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. Муштары, 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 МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

Газета Вестник МГНОТ с № 1 2006 года приступила к публикации стандартов медицинской помощи, утвержденных Минздравсоцразвития РФ, которые рекомендовано использовать при оказании медицинской помощи.

Эти стандарты мало доступны врачам.

В разработке стандартов медицинской и санаторно-курортной помощи принимали участие ведущие специалисты федеральных медицинских учреждений системы Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Российской академии медицинских наук при участии и координации отдела стандартизации в здравоохранении НИИ Общественного здоровья и здравоохранения ММА им. И.М. Сеченова, Департамента развития медицинской помощи и курортного дела и Департамента медико-социальных проблем семьи, материнства и детства

Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

В стандартах использованы коды Номенклатуры работ и услуг в здравоохранении, МКБ-10.

Частота предоставления услуги или частота назначения лекарственного средства в стандарте отражает вероятность выполнения медицинской работы (услуги) или применения лекарственного средства на 100 человек и может принимать значение от 0 до 1, где 1 означает, что всем пациентам необходимо оказать данную услугу. Цифры менее 1 означают, что настоящая услуга оказывается не всем пациентам, а при наличии соответствующих показаний и возможности оказания подобной услуги в конкретном учреждении. Среднее количество отражает кратность оказания услуги каждому пациенту.

Ориентировочная дневная доза (ОДД) определяет примерную суточную дозу лекарственного средства, а

эквивалентная курсовая доза (ЭКД) лекарственного средства равна количеству дней назначения лекарственного средства, умноженному на ориентировочную дневную дозу.

Разработчики: Хальфин Р.А., Шарапова О.В., Какорина Е.П., Мадьянова В.В., Ходунова А.А., Лукьянцева Д.В., Воробьев П.А., Авксентьева М.В. и др.

Стандарты писались на основе экспертного мнения о применении определенных услуг и лекарств при определенном заболевании. При этом, очевидно, стандарты могут содержать малоиспользуемые технологии и лекарства, часть необходимых лекарств может отсутствовать. В связи с этим важно было бы выслушать мнения врачей, единственная просьба — обновлять свои мнения доказательствами эффективности, а не ссылками на «общеупотребительность» или «так принято».

**СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ РЕВМАТИЧЕСКИМИ БОЛЕЗНЯМИ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА**

**1. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА**

**Категория возрастная:** взрослые, дети

**Нозологическая форма:** Митральный стеноз и митральная недостаточность

**Код по МКБ-10:** I05

**Фаза:** вне обострения

**Условие оказания:** амбулаторно-поликлиническая помощь

Приложение  
к приказу Министерства  
здравоохранения и социального развития  
Российской Федерации  
от 3 июня 2005 г. № 379

**1.1. ДИАГНОСТИКА**

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.10.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии сердца и перикарда	1	1
A01.10.002	Визуальное исследование при патологии сердца и перикарда	1	1
A01.10.003	Пальпация при патологии сердца и перикарда	1	1
A01.10.004	Перкуссия при патологии сердца и перикарда	1	1
A01.10.005	Аускультация при патологии сердца и перикарда	1	1
A02.12.001	Исследование пульса	1	1
A02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	1
A05.10.001	Регистрация электрокардиограммы	1	1
A05.10.007	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных	1	1
A06.10.003	Рентгенография сердца с контрастированием пищевода	1	1
A04.10.002	Эхокардиография	1	1
A08.05.004	Исследование уровня лейкоцитов в крови	1	1
A08.05.006	Соотношение лейкоцитов в крови (подсчет формулы крови)	1	1
A09.05.009	Исследование уровня С-реактивного белка в крови	1	1
A09.05.050	Исследование уровня фибриногена в крови	1	1
A11.05.001	Взятие крови из пальца	1	1
A11.12.009	Взятие крови из периферической вены	1	1
A12.05.001	Исследование оседания эритроцитов	1	1
A06.09.008	Рентгенография легких	0,5	1
A09.05.014	Исследование уровня глобулиновых фракций в крови	0,1	1
A12.06.015	Определение антистрептолизина-О	0,1	1
A04.10.001	Фонокардиография	0,01	1
A09.05.053	Микробиологические исследования крови	0,01	1

**2.1. ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА 6 МЕСЯЦЕВ**

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.10.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии сердца и перикарда	1	1
A01.10.002	Визуальное исследование при патологии сердца и перикарда	1	1
A01.10.003	Пальпация при патологии сердца и перикарда	1	1
A01.10.004	Перкуссия при патологии сердца и перикарда	1	1
A01.10.005	Аускультация при патологии сердца и перикарда	1	1
A02.12.001	Исследование пульса	1	1
A02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	1
A05.10.001	Регистрация электрокардиограммы	1	1
A05.10.007	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных	1	1
A08.05.004	Исследование уровня лейкоцитов в крови	1	1
A08.05.006	Соотношение лейкоцитов в крови (подсчет формулы крови)	1	1
A09.05.009	Исследование уровня С-реактивного белка в крови	1	1
A09.05.050	Исследование уровня фибриногена в крови	1	1
A11.05.001	Взятие крови из пальца	1	1
A11.12.009	Взятие крови из периферической вены	1	1
A04.10.002	Эхокардиография	1	1
A25.31.003	Назначение лечебно-оздоровительного режима при не уточненных заболеваниях	1	1
A09.05.053	Микробиологические исследования крови	0,01	1
A09.05.014	Исследование уровня глобулиновых фракций в крови	0,01	1
A12.06.015	Определение антистрептолизина-О	0,01	1
A04.10.001	Фонокардиография	0,001	1

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД**	ЭКД***
Средства для профилактики и лечения инфекций			1		
	Антибактериальные средства		1		
		Бензатина бензилпенициллин	1	2,4 млн ЕД	19,2 млн ЕД

\* — анатомо-терапевтическо-химическая классификация.

\*\* — ориентировочная дневная доза.

\*\*\* — эквивалентная курсовая доза.

## СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ НЕВРИТОМ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА

### 1. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА

**Категория возрастная:** взрослые, дети

**Нозологическая форма:** Неврит зрительного нерва

**Код по МКБ-10:** H 46

**Фаза:** без осложнений

**Стадия:** любая

**Осложнение:** без осложнений

**Условие оказания:** амбулаторно-поликлиническая помощь

Приложение  
к приказу Министерства  
здравоохранения и социального развития  
Российской Федерации  
от 13 октября 2006 г. № 707

### 1.1. ДИАГНОСТИКА

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.26.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии глаз	1	1
A01.26.002	Визуальное исследование глаз	1	1
A01.26.003	Пальпация при патологии глаз	1	1
A02.26.001	Исследование переднего сегмента глаза методом бокового освещения	1	1
A02.26.002	Исследование сред глаза в проходящем свете	1	1
A02.26.003	Офтальмоскопия	1	1
A02.26.004	Визометрия	1	1
A02.26.005	Периметрия	1	1
A02.26.006	Кампиметрия	0,4	1
A02.26.009	Исследование цветоощущения по полихроматическим таблицам	0,1	1
A02.26.013	Определение рефракции с помощью набора пробных линз	0,1	1
A02.26.015	Тонометрия глаза	1	1
A03.26.001	Биомикроскопия глаза	1	1
A01.23.004	Исследования чувствительной и двигательной сферы при патологии центральной нервной системы	1	1
A04.26.003	Ультразвуковое исследование глазницы	0,02	1
A05.26.001	Регистрация электроретинограммы	0,2	1
A05.26.002	Регистрация зрительных вызванных потенциалов коры головного мозга	0,1	1
A05.26.003	Регистрация чувствительности и лабильности зрительного анализатора	0,2	1
A05.26.004	Расшифровка, описание и интерпретация данных электрофизиологических исследований зрительного анализатора	0,2	1
A05.26.008	Магнитно-резонансная томография глазницы	0,001	1
A05.31.003	Описание и интерпретация магнитно-резонансных томограмм	0,001	1
A06.03.002	Компьютерная томография головы	0,001	1
A06.03.006	Рентгенография всего черепа, в одной или более проекциях	0,1	1
A06.26.001	Рентгенография глазницы	0,1	1
A06.26.002	Рентгенография глазного отверстия и канала зрительного нерва	0,1	1
A06.31.006	Описание и интерпретация рентгенографических изображений	0,3	1
A06.26.006	Компьютерная томография глазницы	0,001	1
A08.05.004	Исследование уровня лейкоцитов в крови	0,5	1
A08.05.006	Соотношение лейкоцитов в крови (подсчет формулы крови)	0,5	1
A12.05.001	Исследование оседания эритроцитов	0,5	1
A06.31.006.001	Описание и интерпретация компьютерных томограмм	0,002	1

### 2.1. ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА 30 ДНЕЙ

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.26.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии глаз	1	2
A01.26.002	Визуальное исследование глаз	1	2
A01.26.003	Пальпация при патологии глаз	1	2
A02.26.001	Исследование переднего сегмента глаза методом бокового освещения	1	2
A02.26.002	Исследование сред глаза в проходящем свете	1	2
A02.26.003	Офтальмоскопия	1	2
A02.26.004	Визометрия	1	2
A02.26.005	Периметрия	1	2
A02.26.006	Кампиметрия	0,4	1
A02.26.009	Исследование цветоощущения по полихроматическим таблицам	0,1	1
A02.26.013	Определение рефракции с помощью набора пробных линз	0,1	1
A02.26.015	Тонометрия глаза	1	1
A03.26.008	Рефрактометрия	0,25	1
A01.23.004	Исследования чувствительной и двигательной сферы при патологии центральной нервной системы	1	1
A05.26.001	Регистрация электроретинограммы	0,2	1
A05.26.002	Регистрация зрительных вызванных потенциалов коры головного мозга	0,1	1
A05.26.003	Регистрация чувствительности и лабильности зрительного анализатора	0,2	1
A05.26.004	Расшифровка, описание и интерпретация данных электрофизиологических исследований зрительного анализатора	0,2	1
A05.26.008	Магнитно-резонансная томография глазницы	0,001	1
A06.03.002	Компьютерная томография головы	0,001	1
A06.03.006	Рентгенография всего черепа, в одной или более проекциях	0,1	1
A06.26.001	Рентгенография глазницы	0,1	1
A06.26.002	Рентгенография глазного отверстия и канала зрительного нерва	0,1	1
A06.26.006	Компьютерная томография глазницы	0,001	1
A08.05.004	Исследование уровня лейкоцитов в крови	0,5	1
A08.05.006	Соотношение лейкоцитов в крови (подсчет формулы крови)	0,5	1
A11.26.011	Пара- и ретробульбарные инъекции	0,1	1
A12.05.001	Исследование оседания эритроцитов	0,5	1
A17.26.003	Электростимуляция зрительного нерва	0,1	10
A17.26.002	Низкочастотная магнитотерапия на орган зрения	0,1	10
A17.26.001	Электрофорез лекарственных препаратов при болезнях органа зрения	0,1	10
A05.31.003	Описание и интерпретация магнитно-резонансных томограмм	0,001	1
A06.31.006	Описание и интерпретация рентгенографических изображений	0,3	1
A06.31.006.001	Описание и интерпретация компьютерных томограмм	0,002	1

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД**	ЭКД***
Лекарственные средства, используемые при офтальмологических заболеваниях, не обозначенные в других рубриках					0,5
		<i>Стимуляторы регенерации и ретинопротекторы</i>		1	
		Метилэтилпиридинол	1	0,022 г	0,2 г
Средства, влияющие на центральную нервную систему				0,8	
		<i>Прочие средства влияющие на центральную нервную систему</i>		1	
		Пирацетам	0,5	0,8 г	8,0 г
		Винпоцетин	0,25	0,015 г	0,45 г
		Ницерголин	0,25	0,03 г	0,9 г
		Циннаризин	0,25	0,75 г	22,5 г
		Ипидакрин	0,2	40 мг	1,8 г
Средства, влияющие на кровь			0,5		
		<i>Средства, влияющие на систему свертывания крови</i>		1	
		Пентоксифиллин	1	0,6 г	6,0 г
Гормоны и средства, влияющие на эндокринную систему					0,5
		<i>Неполовые гормоны, синтетические субстанции и антигормоны</i>		1	
		Дексаметазон	1	2 мг	12 мг
Анальгетики, нестероидные противовоспалительные препараты, средства для лечения ревматических заболеваний и подагры					1
		<i>Ненаркотические анальгетики и нестероидные противовоспалительные средства</i>		1	
		Диклофенак	0,7	0,75 мг	7,5 мг
		Ибупрофен	0,3	0,6 г	6,0 г
		Индометацин	0,7	0,075 г	0,75 г
Средства для лечения заболеваний почек и мочевыводящих путей					0,1
		<i>Диуретики</i>		1	
		Ацетазоламид	1	0,5 г	2,0 г
Витамины и минералы			0,5		
		<i>Витамины</i>		1	
		Тиамин	1	0,025 г	0,25 г
		Пиридоксин	1	0,05 г	0,5 г
		Аскорбиновая кислота	1	0,15 г	4,5 г
		Токоферол	1	0,15 г	4,5 г

\* — анатомо-терапевтическо-химическая классификация. \*\* — ориентировочная дневная доза. \*\*\* — эквивалентная курсовая доза.



Антиреклама

В сентябрьском выпуске BMJ [1] Йен Чалмерс (Iain Chalmers) обратился к читателям с призывом использовать систематические обзоры для выявления плагиата. Действительно, обычный читатель, который видит только фрагменты общей картины, как правило, не может заподозрить, что изучаемый им текст не является оригинальным. И лишь исследователь, систематизирующий всю литературу по вопросу, видит совпадения и противоречия. Соответственно, возникает возможность выявить плагиат и фабрикации данных. В качестве примера грубого многократного плагиата Йэн Чалмерс привел публикации хорватского акушера Асима Куржака (Asim Kurjak). Этот профессор Загребского университета — человек заметный не только в Хорватии. Он опубликовал множество статей в международных журналах, в том числе в BMJ, является автором учебников и руководств, участником международных комитетов и проектов.

# Дело Куржака

Реакция на публикацию Чалмерса была неоднозначной. Часть откликнувшихся подтвердили трудности выявления плагиата, нетерпимость его, важность использования для его выявления систематических обзоров и проблему с плагиатом в науке Хорватии. Чуть позднее свои письма прислали акушеры из Хорватии и многих других стран, имевшие и имеющее дело с проф. Куржаком в международных проектах. Эти коллеги в основном поддержали «замечательного ученого», поставили под сомнение твердость доказательств плагиата, и оценили приведенные случаи как незначительные, которые можно объяснить «добросовестным заблуждением» или расценивать как не приведшие к значительным последствиям (руководство вышло без главы, содержащей плагиат).

В ответ другие авторы, например, бывший Президент Международного общества ультразвуковых исследований в акушерстве и гинекологии (ISUOG), пояснили в дополнении к описанному Й. Чалмерсом, что речь не идет о мелочах. В 2001 г. было опубликовано руководство по ультразвуковым исследованиям в акушерстве, в котором содержалась глава А. Куржака с соавторами. В этой главе плагиат составил 83% объема. Тираж руководства пустили под нож и переиздали его в измененном виде. Поэтому этот пример плагиата нельзя назвать незначительным. Соответственно, ISUOG исключил плагиаторов из своих рядов. В опубликованной на сайте BMJ и в бумажном журнале переписки приведены другие примеры плагиата, и в общую картину вписались впечатления ученых, участвующих в кооперативных исследованиях: плагиат и недобросовестная научная прак-

тика очень распространены в Хорватии, и проблема не исчезает, а только обостряется.

Редакция Хорватского медицинского журнала (www.stmj.ch), в котором был опубликованы ряд статей Куржака, совместно с BMJ предпринимает усилия для изучения этих статей, с тем чтобы помочь университету Загреб в выработке решения этой болезненной проблемы. Точнее, вся тяжесть расследования перенесена на медицинский факультет, где поддержка А. Куржака, видимо, наиболее сильна. В основном продолжаются частные выступления. Университет и его представители молчат уже в течение полугода. Действует, видимо, введенный решением декана медицинской школы запрет на информацию. Остается надеяться, что Университет выработает какое-то конструктивное решение. В изучение этого случая вовлечен Парламент Хорватии в лице Комитета по этике в науке и высшем образовании (председатель д-р Ведран Катавич — Vedran Katavic) и Министерство науки, поскольку Министерство здравоохранения не полагает себя ответственным за этику исследовательской работы.

Случай А. Куржака является, безусловно, исключительным для Хорватии, но не потому, что Хорватия сильно отличается от других восточно-европейских стран или А. Куржак — исключение в Хорватии. Просто это — первый случай, подтвержденный огласке и расследованию. Будем надеяться, что его расследуют с должным тщанием и этим создадут прецедент, необходимый для нормального развития науки в стране. Хорватия ведь энергично устремлена к лучшим европейским образцам. России еще надо ждать таких прецедентов. Пока терпимость к плагиату в России, вероятно, еще больше, чем в Хорватии, возможно, больше, чем где бы то ни было. Хотите проверить? Сходите на сайт РФФИ — самой главной нашей организации, выдающей государственные средства на проведение исследований. Вы не найдете никакого упоминания о прецедентах, процедурах, классификациях возможных нарушений норм научной работы — ничего.

В. Власов

ЛИТЕРАТУРА:

1. Chalmers I. Role of systematic reviews in detecting plagiarism: case of Asim Kurjak. BMJ 2006; 333 (7568): 594—596.

Полностью «Дело Куржака» освещается в *Международ. журн. мед. практ.* (<http://www.mediasphera.ru/journals/practik/>), 2007, № 2, в том числе интервью с главным редактором Хорватского медицинского журнала.

Начало на стр. 1

У нас ведь как только развалился Союз, финансирование космоса значительно уменьшилось, и пошли на поклон с дядюшке Сэму, и поделились всей накопленной информацией, ничего не получив за это. Теперь имеем то, что имеем: станция международная, но с основным участием американским и Евросоюза. Это наше обычное поведение того времени, вспомните Сороса — самодонор на себя самого и своих соратников. Сорос «поимел» всю российскую науку за такие смешные деньги — 500 долларов грант. Я сказал, что я не буду участвовать в этом.

Это коснулось в том числе и космической медицины. Очень много интересного и разного мы им отдали. Ведь медицина чрезвычайных ситуаций родилась из службы спасения космонавтов, МЧС гораздо примитивней. В глухие годы советского застоя можно было показать медицинский модуль, заведя в корпус иностранных гостей, а через 5 минут выходят — уже развернут госпиталь, так служба спасения работала.

Совершенно очевидно что был еще один важный этап — реабилитация. Возвращались дезадаптированные люди, и проблема, как всегда, возникала там, где слабое место (Locus minoris resistentiae). Допустим, летчики-истребители, которые прошли полную подготовку, в том числе катапультирование — они после полетов имели протрузию дисков — позотонические мышцы уменьшились (длинные мышцы спины), весь мышечный корсет гипотрофировался — началась пролобация. И ничего вы не сделаете с этим, пока не нарастите мышечный корсет.

Летчик-испытатель — это особая генерация людей с особым устройством психики. Когда для подготовки к полету на Шаттле в группу были включены летчики-испытатели, так называемый отряд Игоря Волка, даже после космической подготовки они рвались в испытательные полеты авиационной техники. Трое из первой шестерки погибли на испытаниях. Летчики-испытатели живут сегодняшним днем. Они полноценно живут, работают, но сегодня. Космонавты те — другие. Они мыслят о будущем. Каждый из них, совершенно очевидно, собирается вернуться. У них совсем другие амбиции, а без амбиций не может быть космонавта. Испытателей нельзя брать ни в космонавты на длительные полеты, ни в летчики гражданской авиации, ни в профессиональные спасатели. Для выполнения специальных заданий они тоже не годятся: там нужно терпение, трезвый ум. Современные космонавты — интеллектуалы, они специалисты в своем деле, чаще всего — инженеры. 30 лет назад это была романтика, а сегодня это выкристаллизовалось уже в специальность особую, это чаще всего инженеры-электронщики с базовым образованием. Я отошел от авиационной медицины лет 15 на-

зад, но уже в то время в космонавты пришли очень умные, знающие и профессионально подготовленные ребята.

Чего уж врать себе, первые наши космонавты кроме личных своих качеств не чем особенно не блистали. Есть разные трактовки тех событий. Возможный вариант первого полета — у Титова родители были учителя, а нужен был парень из рабоче-крестьянской среды. Ни о каком высоком интеллекте речь и не шла. Часть из них потом прошли большой путь, потому что много общались с людьми, по ходу и развились. А многие так и остались на том же уровне, как молодыми лейтенантами пришли, так и, став генералами, совершенно интеллектуально не изменились.

Это очень интересная профессия. Посмотреть на Землю со стороны удалось пока еще не очень многим. Большинство из них, понимая это, смотрят на нас совсем по-другому. Рассматривают нас как более низкую в своем развитии расу. Недаром исследования некоторых биологических объектов проводились на орбите равноудаленной по вектору гравитации между Луной и Землей. Ведь несмотря на то, что корабль летит по орбите, на него гравитация все равно воздействует. Он только за счет скорости своего движения этот вектор гравитации как бы уравнивает, но он же не исчезает. Очень много биологических спутников было запущено в советское время: начиная от одноклеточных и заканчивая макаками, которым вживлялись электроды в головной мозг (исследовались тонкие электрические параметры головного мозга), потом международная конвенция это запретила. Зеленые восстали: животных нельзя. А людей можно? Людей — сколько угодно, только сначала информированное согласие подписать. Сейчас некоторым просто присвоили статус испытателей, а ведь раньше для этих целей брали солдат. Один из первых испытателей, молодой солдат, я был с ним лично знаком, он по своей комплекции очень подходил под Гагарина. Проводили, допустим, такие испытания: сажали в скафандр на месяц и приклеивали электроды клеем БФ, когда потом из скафандра человека извлекали, то там под электродом были просто некротические массы. Солдат тот просто служил. Потом уже испытатели за это стали получать деньги, и уже появился интерес: за год эксперименты по имитации невесомости (лежа с небольшим отрицательным углом на головной конец) можно было заработать машину «Волга». По тем временам это была немислимая роскошь.

Тут тоже люди особого склада. Их тогда стали оформлять младшими лаборантами, младшими научными сотрудниками. Это мы их называли испытателями, но статус, конечно, им такой не присваивали. Здесь в самом названии заложено противоречие: это те, на которых испытывают, тогда как обычно — это те, кто испытывает.

Записала А. Власова

## ИнтерНьюс

Компьютер вместо жены

Американские ученые проанализировали результаты социологического опроса, согласно которому более 65% респондентов уделяют компьютеру гораздо больше времени, чем своим супругам или партнерам, 52% пользователей испытывают по отношению к своим вычислительным машинам самые настоящие человеческие чувства. Специалисты Стэнфордского университета забили тревогу еще три года назад, когда к психологам стали поступать жалобы от некоторых компьютерных пользователей. По словам пациентов, из-за компьютера и Интернета начали серьезно страдать их семейные отношения. Ученые всерьез рассматривают вычислительные машины как глобальную угрозу для общества: люди стали испытывать к компьютеру гнев, печаль и даже душевное охлаждение, если он работает плохо и дает сбой. Дошло до того, что 74% опрошенных американцев стали жаловаться на свои электронные машины родственникам и друзьям, пытались найти у них сочувствие и понимание. В самом удивительном компьютеров нет ничего удивительного. Люди и прежде наделяли разные вещи, с которыми имели дело, какими-то чертами характера и даже эмоциями. Современный человек уже не подчиняет себе из-за сети коммуникаций, плотно опутавших нашу планету, он больше похож на муравья. Каждый делает что-то для муравейника, но мало людей делает что-то целеное, индивидуальное. Это касается и семьи, и работы, и увлечений. Отечественные психологи считают, что проблемы кроются не в компьютерах, а в самом обществе. Западный стиль общения более механизирован и формализован, считают они. Многие американцы и европейцы все чаще ощущают недостаток душевной близости и межличностных связей. Компьютер и Интернет превращаются в самый удобный и популярный уход от реальности. Конфликты в семье, на работе, какие-то трудности заставляют людей искать способы релаксации. Человек обретает покой в виртуальном пространстве, где нет времени и проблем, и даже входит в некое состояние транса. Компьютер и Интернет полностью заменяют живых людей и живое общение. Восточное мышление и характер традиционен и более открыт. Россия находится на стыке Запада и Востока. Наш образ мышления и характер пока еще страхуют от этой глобальной проблемы, уверяют эксперты, хотя повод для беспокойства все же имеется.

Источник: [www.newsru.com](http://www.newsru.com)

Хороший сон — залог красоты и высокого интеллекта

Ученые из Принстонского университета в ходе экспериментов на животных доказали, что недосыпание приводит к повышению уровня глюкокортикоидов в крови и нарушению развития нервных клеток в гиппокампе, который участвует в запоминании новой информации. Выводы ученых помогают понять, почему при недосыпании снижаются умственные способности. По итогам эксперимента выяснилось, что в мозгу крыс, лишенных сна на 72 часа, нарушается развитие нервных клеток в области гиппокампа и повышается уровень глюкокортикоидов в крови. Нейрогенез в гиппокампе восстановился лишь спустя 2 недели. Причем на некоторое время образование нервных клеток усилилось. Компенсаторное усиление нейрогенеза не зависело ни от уровня глюкокортикоидов, ни от восстановления нормальной структуры сна. Нормальный сон крайне важен для здоровья и работы мозга, однако пока не доказано, что сон способствует нейрогенезу. Вероятно, стресс, вызванный недосыпанием, неблагоприятно влияет на гиппокамп. Напомним также, что недостаток сна, по мнению британских ученых, ведет к ожирению. По словам Ш. Тахери, сотрудника Бристольского университета, данные ряда исследований, опубликованных в последние годы, говорят о том, что сокращение времени сна ведет к неблагоприятным сдвигам в обмене веществ, конечным результатом которых могут стать ожирение и избыточный вес, а также инсулинорезистентность, сахарный диабет и сердечно-сосудистые заболевания. Возможно, сон не является единственным средством борьбы с пандемией ожирения, однако нужно серьезно отнестись к его положительному воздействию, поскольку даже незначительные изменения энергетического баланса могут быть весьма полезными.

Источник: [www.kleo.ru](http://www.kleo.ru)

## ИнтерНьюс

### Правительство собирается контролировать врачей

Первый вице-премьер Дмитрий Медведев заявил о намерении правительства ввести в России систему оценки качества работы врачей. Такая система необходима, поскольку выплаты по нацпроекту «Здоровье» должны соответствовать качеству медицинских услуг, предоставляемых населению. В ходе встречи с журналистами Северо-Западного округа Д. Медведев заявил, что пациенты должны иметь возможность выбирать врачей и высказывать свою позицию, как это происходит с выплатами по родовым сертификатам. «Хамство или недоброжелательство другими действиями врачей в определенных случаях должно приводить к уменьшению получаемых ими денег», — сказал Медведев. Глава Минздравсоцразвития предлагает разработать законы о защите прав пациента и страховании врачей. К этой идее он пришел, анализируя серию трагических случаев в здравоохранении, связанных с врачебными ошибками или недоработками медперсонала. Врачебные ошибки, по мнению Зурабова, часто бывают связаны с недостаточной квалификацией медицинских работников. «В прошлом году в рамках национального проекта «Здоровье», — отметил он, — мы провели переподготовку 27 тыс. врачей, работающих в первичном звене, и это беспрецедентно для последних лет. Многие из врачей не проходили специализацию пять лет. Вопросы прав пациента и страхования ответственности врача, сказал министр, «возможно, вскоре будут рассмотрены на одном из совещаний в Кремле».

Источник:  
АМИ-ТАСС

### Не хочешь быть жирным — ужинай вместе с семьей и не смотри телевизор

Американские ученые несколько лет наблюдали за 8000 детей. Дети, проводившие много времени перед телевизором, чаще всего уже страдали ожирением или рисковали набрать лишний вес. Крайне благоприятно на весе ребенка сказываются совместные семейные трапезы. По мнению С. Гейбл — автора исследования (Университет Миссури, США), все члены семьи должны объединиться, чтобы помочь ребенку сохранить нормальный вес. Важную роль играют самые простые привычки, например, то, сколько времени ребенок проводит перед телевизором, или то, сколько раз в неделю он ест вместе с семьей. Детей, участвовавших в исследовании, разделили на три группы: в первую группу вошли те, кто имел нормальный вес на протяжении всего исследования, во вторую — те, кто имел нормальный вес в начале исследования, но набрал лишний вес, и в третью — те, кто имел лишний вес в начале и в конце исследования. Дети из первой группы в среднем проводили перед телевизором 14,12 часов в неделю и ели вместе с семьей 10,26 раз в неделю, из второй группы — 15,63 часов и 9,54 раз, из третьей — 16,09 часов и 9,57 раз. Риск полноты возрастает на 3% с каждым дополнительным часом, проведенным ребенком за неделю перед телевизором, и снижается на 8% с каждой дополнительной семейной трапезой за неделю. Существенно повышает риск ожирения и проживание в неблагополучном районе. Хотя эти проценты не так велики, ученые подчеркивают, что любой фактор имеет значение, когда речь идет о такой широко распространенной в США проблеме, как детское ожирение. В исследовании 17% детей имели лишний вес к третьему классу. Организовывать совместные обеды и ужины и следить, чтобы ребенок не проводил слишком много времени перед телевизором, — прямая обязанность родителей, дети не могут этому научиться сами.

Источник:  
Reuters Health

Начало на стр. 4

Коротков решает оставить почетную должность старшего врача лазарета Георгиевской общины и перейти на скромную и более низкооплачиваемую должность ординатора специального отделения 1-го Сводного военного госпиталя, в которое со всего фронта направлялись раненые с аневризмами. Здесь, в госпитале, Н.С. Коротков (как следует из документов) лично произвел 35 операций раненым с травматическими аневризмами. Продолжая настойчиво и последовательно решать поставленную перед собой задачу, Коротков не мог не вспомнить настоятельного совета в каждом сомнительном случае прибегать к прослушиванию аневризм. И вполне возможно, что именно это послужило еще одним толчком в поиске решения, которое он целенаправленно искал.

После возвращения в Санкт-Петербург в апреле 1905 г. он начал готовиться к защите диссертации. Увлечшись сосудистой хирургией, Коротков начал собирать материалы для докторской диссертации по этой теме: 41 история болезни из 44, приведенных в докторской диссертации, представляют военный опыт Н. С. Короткова в Харбине. Выполняя в Военно-медицинской академии экспериментальную работу по коллатеральному кровообращению, он выслушал с помощью фонендоскопа звуковую гамму над периферическими артериями при их сдавлении: он обнаружил звуки, которые при определенных условиях изменялись строго закономерно. Если наложить на плечо манжету Рива-Роччи и поднять в ней давление до исчезновения пульса на лучевой артерии, то никакие звуки в дистальном отрезке плечевой артерии не прослушиваются; но затем, если постепенно снижать давление в манжете, в том же месте сначала прослушиваются тоны, потом шумы, затем снова громкие тоны, интенсивность которых уменьшается, и, наконец, все звуки в плечевой артерии полностью исчезают. Метод измерения артериального давления, предложенный Рива-Роччи в 1896 г., был пальпаторным: измерение проводилось посредством прощупывания появления пульса на лучевой артерии после создания высокого давления в манжете, наложенной на плечо, и последующей медленной декомпрессии.

Значение этих наблюдений не было ему ясно. После доклада на научном заседании с рассказом об обнаруженном феномене Коротков обратился к М.В. Яновскому, профессору кафедры диагностики и общей терапии. Сразу же оценив перспективу практического применения открытия, М.В. Яновский придумал целенаправленный характер дальнейшим исследованиям Н.С. Короткова. Это и позволило разработать современный метод измерения артериального давления. Сделанное Н.С. Коротковым в 1905 г. открытие было, можно сказать, «случайным» (однако, и открытие самого способа аускультации Лаэннеком произошло не без помощи случая). Именно чередование звуков, впервые описанное Н.С. Коротковым при декомпрессии плечевой артерии, стало позднее основой предложенного им метода определения максимального и минимального артериального давления у человека.

Осмыслением фактов и теоретическим обоснованием метода во многом обязан заслугам М.В. Яновского, о чем любил рассказывать ученик Яновского З.С. Баркаган. Поэтому звуковой способ определения артериального давления сначала назывался методом Короткова—Яновского.

Н.С. Коротков продолжал работать над диссертацией. Однако мировую известность уже до защиты диссертации ему принесло короткое сообщение в «Известиях Императорской Военно-медицинской академии» (всего 281 слово (!!!), меньше странички), в котором был представлен разработанный им аускультативный метод измерения артериального давления.

Защитить диссертацию в этом же году Короткову не удалось — он заболел чахоткой. В конце 1905 года Николая

Сергеевича поместили на лечение в клинику Военно-медицинской академии. Когда он выздоровел, работы в Петербурге для него уже не оказалось, и военный врач Коротков ушел из армии. Н.С. Коротков уехал в Сибирь на Витимские рудники, где пять лет выполнял исследования, изучая эффективность артериальных коллатералей. В 1910 г. он успешно защитил докторскую диссертацию на тему «Опыт определения силы артериальных коллатералей», которую официальные оппоненты — профессора В.А. Оппель, С.П. Федоров и приват-доцент Н. Н. Петров во время защиты 15 мая единодушно признали выдающейся.

В литературе почему-то умалчивается огромное значение этой диссертации для развития сосудистой хирургии. В 1915 г. Уильям Ослер (William Osler, 1849—1919) заявил, что Рудольф Матас (Rudolph Matas, 1860—1957) является отцом современной сосудистой хирургии. Но многие современники Н.С. Короткова и Р. Матаса признавали, несмотря на авторитет Ослера, что работы Н.С. Короткова в этой области все-таки являются более значительными, чем заслуги Р. Матаса.

После защиты диссертации Н. С. Коротков снова уезжает в Сибирь, работает в Витимско-Олекминском горно-промышленном округе хирургом и терапевтом на золотых приисках в Ленске. Здесь он стал свидетелем широко известной жестокой расправы над рабочими ленских приисков и был глубоко потрясен убийством невооруженных людей.

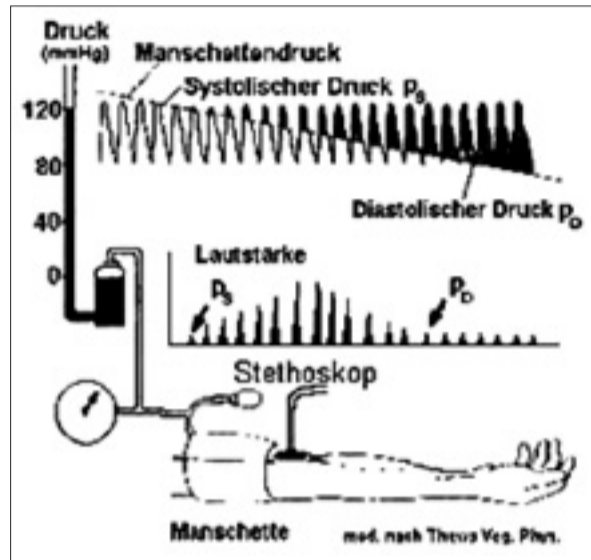
После этого Н.С. Коротков возвращается в Санкт-Петербург. С мая 1914 г. работает старшим врачом Петербургской клинической больницы им. Петра Великого, а с начала 1-ой мировой войны хирургом в «Благотворительном доме для раненых солдат» в Царском Селе. После Великой Октябрьской революции Н.С. Коротков работал главным врачом Мечниковской больницы в Петрограде до своей смерти от туберкулеза в 1920 году.

Угасал Николай Сергеевич долго и постепенно. За день до смерти его навещал товарищ по Военно-медицинской академии, который сразу же выписал направление в клинику. На следующий день, когда санитары привезли Н.С. Короткова в приемное отделение академии, он скоропостижно скончался от легочного кровотечения. В свидетельстве о смерти сказано, что Коротков Николай Сергеевич умер 14 марта 1920 г., в возрасте 46 лет, от туберкулеза легких. Похоронен Н.С. Коротков на Богословском кладбище Санкт-Петербурга. Найти, однако, его могилу пока не удалось.

Про Короткова на долгие годы забыли. Для подготовки к празднованию 50-летия исторического доклада Н.С. Короткова группа зарубежных врачей приехала в СССР, чтобы на родине врача-изобретателя найти хоть какие-либо его биографические данные. К величайшему конфузу отечественной медицины, никто им тогда помочь не смог. Но этот визит дал толчок к активным поискам архивных материалов. В результате поисков, предпринятых Ленинградским профессором доктором медицинских наук С. Е. Поповым, был разыскан сын Короткова — Сергей Николаевич, пошедший по стопам отца и тоже ставший врачом. Но и он ничего не знал о заслугах отца перед медицинской наукой. Однако рассказы сына помогли воскресить для потомков хронику жизни и деятельности Николая Сергеевича.

А в архивах Московского университета удалось разыскать единственную сохранившуюся фотографию Короткова.

При подготовке материала использованы работы Ш. Гойзмана, Ю. Черновой, В. Каджая, воспоминания З. С. Баркагана.



Фрагмент работы Н. С. Короткова с рисунком, поясняющим принцип измерения артериального давления.

## 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



## ХII 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 ХII 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 геронотехнологии. 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, Фамилии  
Учреждение, в котором выполнена работа

#### ТЕКСТ

Адрес Оргкомитета: Москва, 115446, Коломенский проезд д.4, ГКБ N 7, Кафедра гематологии и гериатрии ФПФОВ 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

### 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»



### ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ: НЕОТЛОЖНАЯ ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА

Б. П. БОГОМОЛОВ

ИЗДАТЕЛЬСТВО «НЬЮДИАМЕД» 2007 г.

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

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

Книга завершается главой, посвященной принципам лечения инфекционных больных, уходу, питанию, реабилитации. Рекомендуется семейным врачам, инфекционистам, терапевтам, врачам скорой помощи, профильных специальностей, клиническим ординаторам и аспирантам клинических кафедр.

Заявки на приобретение можно направлять по адресу:  
115446, Москва, Коломенский пр., д. 4, ГКБ № 7, издательство НЬЮДИАМЕД  
E-mail: [mtpndm@dol.ru](mailto:mtpndm@dol.ru)

Подробности на сайтах [www.zdrav.net](http://www.zdrav.net) и [www.zdravkniga.net](http://www.zdravkniga.net)

## КЛИНИЧЕСКАЯ ГЕРОНТОЛОГИЯ

- ❖ Ежемесячный толстый научно-практический медицинский журнал. Выходит с 1995 г.
- ❖ Предназначен для практических врачей различных специальностей и социальных работников, которым постоянно приходится решать многие клинические и социальные проблемы больных пожилого и старческого возраста.
- ❖ Знакомит читателя с фундаментальными вопросами биологии и патофизиологии старения, особенностями течения и терапии различных заболеваний в позднем возрасте, современными методами диагностики и лечения, социальными вопросами, организации здравоохранения, этическими вопросами, законодательством.
- ❖ Имеет следующие разделы: передовые, оригинальные статьи, обзоры, лекции, письма в редакцию, заметки из практики, вопросы этики, деонтологии, медико-социальные проблемы, информация о новых лекарственных препаратах, конференциях, съездах, симпозиумах, рефераты статей, опубликованных в зарубежных журналах, ситуационные задачи с ответами и комментариями к ним; одна из рубрик журнала посвящена творческому долголетию.

Наш адрес: 115446, г. Москва, Коломенский проезд, 4. ГКБ №7.  
тел./факс: (095) 118-74-74, E-mail: [mtpndm@dol.ru](mailto:mtpndm@dol.ru), [www.zdrav.net](http://www.zdrav.net), [www.zdravkniga.net](http://www.zdravkniga.net).  
Индекс журнала 72767 по каталогу агентства РОСПЕЧАТЬ «ГАЗЕТЫ И ЖУРНАЛЫ»

ВЫШЛА В СВЕТ НОВАЯ КНИГА!

**КАРДИОЛОГИЧЕСКАЯ СЕКЦИЯ**

**Приглашение**

**«Головная боль»**

**АНГИОЛОГИЧЕСКАЯ СЕКЦИЯ**

12 апреля 2007 года  
Начало в 17.00  
Вход по приглашениям

**ЧЕЛОВЕК И ИНФЕКЦИЯ**

**Приглашение**

**«Инфекции подстерегают нас в Москве и Подмосковье»**

3 апреля 2007 года  
Начало в 17.00  
Вход по приглашениям

**КАРДИОЛОГИЧЕСКАЯ СЕКЦИЯ**

**Приглашение**

**«Ревматизм. Мы победили?»**

**АНГИОЛОГИЧЕСКАЯ СЕКЦИЯ**

24 мая 2007 года  
Начало в 17.00  
Вход по приглашениям

## ИНФОРМАЦИЯ

Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова проводит 7 июня 2007 г. в 14.00 в клинике пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии, гепатологии им. В.Х. Василенко по адресу Погодинская ул., д. 1/1 научно-практическую конференцию, посвященную 110-летию со дня рождения академика АМН СССР Владимира Харитоновича Василенко.

### В программе конференции:

Приветственное слово ректора Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова академика РАН и РАМН М.А. Пальцева.

### Лекции «state-of-the-art».

Академик РАМН В.Т. Ивашкин «Патология предсердий как компонент заболеваний сердца» — 30 мин.  
Академик РАМН Л.А. Бокерия «Современные возможности хирургического лечения заболеваний сердца» — 30 мин.

### Научные доклады:

1. Профессор А.А. Шептулин: «В.Х. Василенко и развитие общей концепции болезни».
2. Профессор С.И. Рапопорт «Проблема общей и частной диагностики».
3. Доктор мед. наук О.И. Драпкина «Прогресс в изучении патофизиологических и клинических аспектов сердечной недостаточности».
4. Доцент А.С. Трухманов «Разработка проблемы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в трудах В.Х. Василенко и его учеников».
5. Доцент Т.Л. Лапина «Эволюция взглядов на патогенез язвенной болезни».
6. Доктор мед. наук Е.К. Баранская «Современные возможности диагностики Н. rułogi у больных язвенной болезнью».
7. Доктор мед. наук М.В. Маевская «Алкоголь и вирусный гепатит С».

**Медицинские книги издательства «НЬЮДНАМЕД»**

ПРОТОКОЛ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ БОЛЕЗНЬ ПАРКИНСОНА. 2006 г., 184 стр., м.о.	П.А. Воробьев АКТУАЛЬНЫЙ ГЕМОСТАЗ. 2004 г., 140 с., т. п.
Под ред. Новиковой В.Ф., Воробьева П.А. ТОЛКОВЫЙ АНГЛО-РУССКИЙ СЛОВАРЬ терминов, используемых в гематологии и иммунологии. 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., т. п.
ПРОТОКОЛ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ГЕМОФИЛИЕЙ. 2006 г., 120 с., м.о.	В.В. Цурко ОСТЕОАРТРОЗ: ПРОБЛЕМА ГЕРИАТРИИ. 2004 г., 136 с., т. п.
Под ред. Воробьева П.А. СПРАВОЧНИК ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ФОРМАЛЬНОГО КОМИТЕТА. 2 издание 2006 г., 668 с., т. п.	СТАНДАРТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ. 2004-2006 г. CD
Под ред. Воробьева П.А. СПРАВОЧНИК ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ФОРМАЛЬНОГО КОМИТЕТА. 2 издание 2006 г., CD	НОМЕНКЛАТУРА РАБОТ И УСЛУГ В ЗДРАВООХРАЩЕНИИ. 2004 г. CD
Андреев Ю.И. МНОГОЛЕТНЯЯ ГЕМОФИЛИЯ. 2006 г., 232 с., т. п.	ПРОТОКОЛ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГочНОЙ АРТЕРИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИХ И ДРУГИХ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ. 2004 г., 64 с., м.о.
Под ред. Воробьева А.И. ОЧЕРКИ ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ ТРАНСФУЗИОЛОГИИ. 2006 г., 632 с., т. п.	П.А. Зубова-Рыбникова ГЛАВЫ ИЗ СЕМЕЙНОГО РОМАНА. 2003 г., 228 с., т. п.
Горюхова С.Г. СУТОЧНОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ. ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ. 2006 г., 51 с., м.о.	СБОРНИК ДОКУМЕНТОВ СИСТЕМЫ СТАНДАРТИЗАЦИИ В ЗДРАВООХРАЩЕНИИ. 2003 г., CD
Гогин Е.Е., Гогин Г.Е. ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ И АССОЦИИРОВАННЫЕ БОЛЕЗНИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ: основы патогенеза, диагностика и выбор лечения. 2006 г., 254 с., т. п.	П.А. Воробьев АНЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ. 2001 г., 168 с., т. п.
Под ред. Воробьева П.А. ГЕРИАТРИЯ В ЛЕКЦИЯХ ТОМ 2 том1, 2002 г., 440 с., т. п. том2, 2005 г., 470 с., т. п.	Под ред. П.А. Воробьева ЛАБОРАТОРНАЯ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА. СПР-НИК ИНТЕРНИСТА. 2001 г., 288 с., т. п., м.о.
ПРОТОКОЛ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ «ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ». 2005 г., 76 с., м.о.	Е.В. Петровский ГЕРОНИМ, ДРАМАТИЗМ И ОПТИМИЗМ МЕДИЦИНЫ. 2001 г., 200 с., т. п.
Под ред. А.И. Воробьева РУКОВОДСТВО ПО ГЕМАТОЛОГИИ. 3-е изд., в 3-х томах, том 3, 2005 г., 416 с., т. п. том 2, 2003 г., 280 с., т. п. том 1, 2002 г., 280 с., т. п.	Под ред. П.А. Воробьева ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ (ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ). 2000 г., 80 с., м.о.
Под ред. П.А. Воробьева КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ (ОЦЕНКА, ВЫБОР МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ И УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ). 2004 г., 404 с., т. п.	Под ред. Л.М. Горюховского НЕБРАННЫЕ ГЛАВЫ ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ УРОЛОГИИ. 2000 г., 362 с., т. п.
	А.И. Воробьев, Г.И. Касперский, В.А. Насонов И.А. КАСПЕРСКИЙ И ВРЕМЯ. ВОСПОМИНАНИЯ УЧЕНИКОВ И ДРУЗЕЙ. 1998 г., 156 с., м.о.
	А.И. Воробьев, П.А. Воробьев ДО И ПОСЛЕ ЧЕРНОБЫЛЯ. ПОСЛЕД ВПЧА. 1996 г., 180 с., м.о.

Вестник МГОТ (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. Гогин, 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. Кечкер, 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. Новоженков, 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.Б. Симоненко, А.И. Синапальников, 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. Шлепков, 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 геронтологии

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

Отдел рекламы (495) 729-97-38

При перепечатке материала ссылка на Вестник МГОТ обязательна.

За рекламную информацию редакция ответственности не несет.