



ВЕСТНИК МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО

МОСКОВСКИЙ ДОКТОР

Май 2007

№ 10 (51)

НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ

В 1940 году неожиданно в газете появилось объявление от имени Военно-морской медицинской академии, что они набирают курс из невоенных людей. Я в тот момент школу еще не закончил, учился в 9 классе в г. Сочи. Папа уговорил меня послать заявление. В начале 1941 года мне прислали пачку документов и приглашение на сдачу экзаменов, но в ночь моего выпуска из школы началась война. Это был тот самый выпуск, из которого практически никого не осталось. Я побегал в военкомат — в летчики записываться — хотел проявлять героизм и исключительно летчиком. Авиация всегда была элитой — это лучшие войска, лучшие люди. В моем понимании тогда летчики-испытатели — это были «сверхлюди». Это сегодня летчиков никто не знает, а тогда имена Михаила Громова, Валерия Чкалова, Владимира

Раньше звания и чины не продавали. ВМА того времени — это Эрмитаж медицинских кадров.

Кокинаки знал и стар и млад. А Вы знаете хоть одного сегодняшнего летчика-испытателя? Я считаю, что одним из больших плюсов того времени было то, что был пример для подражания, героизма, мужества, патриотизма. Вся страна следила сначала за поисками Умберто Нобеле, потом за челюскинцами, папанинцами и т. д. Герои, которые выросли среди нас, такие же простые ребята. Товарищи. Так вот: пришел я военкомат, а мне говорят: «На тебя уже документы в академию пришли. Езжай в Ленинград». В каждом из событий, происходящих со мной, я чувствовал, что словно вмещается какая-то сила, которая ведет меня по жизни. Так вот, папа очень обрадовался, ведь он был врачом и очень хотел, чтоб я продолжил его дело. Я опоздал к экзаменам, приемная комиссия уже закончила работу. Остановился я у друзей моих родителей, и когда хозяйка квартиры сказала: «Ну что будем делать?», я сказал: «Как что? Иду в военкомат в армию записываться». Она сказала: «Замри. Я сейчас твоей маме буду звонить». В это время пришел ее сын, очень известный ленинградский гинеколог, она ему на меня пожаловалась, а он: «Как это опоздал? Завтра же иди в Военно-медицинскую академию, она тоже объявила прием». На следующий день я отправился на экзамены. Вся набережная была забита мальчишками, желающими поступить в ВМА — 25 человек на место. Мне удалось все экзамены достойно выдержать. ВМА в то время была лучшим медицинским вузом страны. Раньше звания и чины не продавали. ВМА того времени — это Эрмитаж медицинских кадров. Всеми кафедрами руководили пожилые, с моей мальчишеской точки зрения, профессора и академики с мировыми именами, во всех учебниках они или упоминались, или были их авторами.

Уже в июле началась учеба, а где-то там шла война. Мы считали, что война завтра кончится, и вообще она где-то далеко, и мы — мальчишки — страшно переживали, что не успеем повоевать. Так прошло лето 1941, а в ночь с 8 на 9 сентября над городом, как на параде, прошли эскадрильи немецких самолетов, только что разбомбившие все ленинградские склады с запасами продовольствия. Только тогда, когда посыпались бомбы, мы осознали, что война рядом. С этого дня для нас началась настоящая военная страда: мы ловили шпионов, патрулировали улицы, тушили пожары. Несколько моих однокурсников погибло во время бомбежек. При этом днем шли занятия, все как положено. А после этого нас учили обращаться с оружием. А война все приближалась. Видимо, наверху осознали, что война будет длиться не один месяц, а может, и не один год, значит, надо готовить полноценных военных врачей. К Новому году нас эвакуировали в Самарканд, где мы проучились около 2 лет, после чего снова вернулись в Ленинград. Но на этот раз

Кто задумывается в 26 лет о том, как жить дальше? Все было здорово: я попал в Арктику, первый в мире прыгнул на Северный полюс...

уже в урезанном составе — из 2 академий (Ленинградской ВМА им. С.М. Кирова и Куйбышевской ВМА) по 500 человек — оставили 2 раза по 75 — то есть 150 человек, лучших из лучших, остальных отправили кого в медучилища, кого в училища связи, кого на фронт. Наступил 1946 год. После возвращения в Ленинград наступили напряженные дни учебы. Многие из нас работали в на-

учных кружках при кафедрах. Я увлекся гинекологией. У нас практика была, мы — курсанты, все по очереди даже амбулаторный прием вели. А я такой яркий брюнет был, с усами — женщины стеснялись и не шли ко мне, заглянув в кабинет и обратно в коридор убегают. И тут какая-то старая бабка пришла, я все сделал, как положено. Она довольная вышла в коридор и как начала меня расписывать:

ПРЯМАЯ РЕЧЬ



пуска и сообщают, что я завтра должен быть в Москве в Главном управлении Северного морского пути. Там я узнал, что меня назначили врачом на секретную экспедицию в центр Арктики. Я должен буду лечить участни-

ков экспедиции, но основная моя задача — неотложная помощь экипажам самолетов в случае аварии или вынужденной посадки на дрейфующую льдину. И я поехал...

Итак, в 1949 г. я попал в Высокоширотную воздушную экспедицию «Север 4» в Центральный полярный бассейн, почти 3 месяца там находился на дрейфующей льдине вблизи Северного полюса. К счастью, мой парашют не потребовался и пролежал в тамбуре палатки. Наш главный штаб (база) находился в 100 км от Северного полюса, и вдруг 9 мая 1949 г. меня вызвали к начальнику экспедиции и предложили мне вместе с мастером спорта Андреем Медведевым прыгнуть на Северный полюс с парашютом. После этой экспедиции нас наградили. Мне дали Орден Красного Знамени. После окончания экспедиции я год проучился на рабочем месте на кафедре авиационной медицины знаменитого профессора Розблома, а весной 1950 г. оказался на льдине вблизи Северного полюса в составе Высокоширотной воздушной экспедиции «Север 5». Кто задумывается в 26 лет о том, как жить дальше? Все было здорово: я попал в Арктику, первый в мире прыгнул на Северный полюс... И потом, я же был военным, а вопрос, что делать завтра, волнует только гражданских.

Участники экспедиций, так же как персонажи древнегреческих мифов, существа необыкновенные, только в форме летчиков и полярных ученых. Это были всемирно известные физики, биологи, океанологи, гидрологи и др. и прославленные полярные летчики. Это были люди особого склада и храбрости, их имена гремели на весь мир. И они для меня стали реальными людьми, с которыми можно было за руку поздоро-

ваться. Я в экспедициях все время ходил в приподнятом настроении, в постоянной эйфории. Экспедиции поднимали меня в собственных глазах. Я вроде как пришелся там ко двору. Находясь

в экспедиции, я узнал что в районе полюса относительной недоступности организуется длительно действующая дрейфующая станция, однако место врача в составе зимовщиков не было предусмотрено, и моя робкая попытка оказаться там кончилась неудачей. Экспедиция окончилась в мае, и я отправился домой в отпуск. Вернулся я осенью и был среди ночи вызван в Главное управление Северного морского пути. Попал я сразу к Водопьянову: «Помнишь разговор на полюсе с Кузнецовым? Поедешь врачом? Но учти, что придется совмещать медицину с кулинарией». И через 10 дней я оказался там. Именно кулинарная сторона моей деятельности была расценена многими полярниками как героизм.

Вопреки твердому убеждению начальства, что слово «полярник» подразумевает «здоровяк», пациентов у меня хватало: радикулиты, ангины, отравления угарным газом и даже пневмонии. Это нормально, люди должны болеть, у кого-то глаза, у кого-то нос, у кого-то бессонница... Все то же самое, что и в обычной жизни, только в неудобных условиях: в брезентовой палатке, на дрейфующей льдине, при минусовой температуре. Антибиотики уже были доступны, все это хранили в палатках, в спальниках. И пенициллин в то время от всего помогал. Это сегодня банальную гонорею или сифилис приходится лечить какими-то уникальными импортными препаратами. Бесплатными медикаментами я был обеспечен «выше крыши», к счастью, меня снабжал не Зурабов.

Самое трудное испытание на станции было — пребывание в абсолютной секретности, и мы знали, что случится что, никто к нам на помощь не доберется. Мы все



Виталий Георгиевич Волович, профессор, д.м.н.

девочки, такой доктор, такой ласковый, аккуратный... В общем, создала мне рекламу, ко мне сразу же пошли кокетливые девицы. Но вскоре мой интерес к гинекологии угас. В последнюю субботу сентября 1946 года нам присвоили звание капитанов медицинской службы и выдали врачебные дипломы. Выпускная комиссия направила меня продолжать службу в ВДВ. Так я попал в Ефремов, в 351 десантный полк. Началась моя служба врачом десантного батальона. И вот в июне 1948 г. случилось событие, определившее всю мою дальнейшую жизнь: меня направили в Тулу за медикаментами в медсанбат вместо заболевшего младшего врача полка. И там, в медсанбате, я неожиданно встретил Павла Буренина. Это был тот самый Павел Буренин, который совершил первый в мире прыжок с парашютом в Арктике на о. Бунге для спасения жизни тяжело раненного зимовщика. За подвиг он был награжден Орденом Красной звезды. А Самуил Маршак написал поэму, которую посвятил Паше Буренину. И вот этот самый Паша Буренин стоял передо мной. Оказалось, что он собирается поступать в адъюнктуру, мы посидели, поговорили, познакомились. Он поинтересовался, много ли у меня прыжков, занимаюсь ли я хирургией. Пока я работал врачом батальона, под моим присмотром был целый батальон солдат, которые болеют всем на свете, и лечил я их от всего: от фурункулеза до педикулеза. В ВДВ врач прыгает с парашютом вместе с солдатами. К тому моменту у меня уже было 74 прыжка. Я в числе небольшой группы офицеров прыгал, в том числе и с парашютом с ручным раскрытием. Итак, разговорились мы с Пашей, и тут он меня неожиданно спросил: «А ты бы не хотел в Арктику поехать? Я в адъюнктуру поступаю и, если хочешь, за тебя слово замолвлю?». Я сказал: «Конечно, хочу». Он записал все мои координаты, на чем мы и расстались.

Прошло время, меня уже перевели в другую часть в Тулу, и вдруг меня ночью вызывают к командиру кор-

Вопреки твердому убеждению начальства, что слово полярник подразумевает «здоровяк», пациентов у меня хватало: радикулиты, ангины, отравления угарным газом и даже пневмонии.

И пенициллин в то время от всего помогал.

ИнтерНьюс

В Испании не хватает врачей — свои бегут, приезжих мало

В государственных и частных медицинских организациях Испании, по сведениям министерства здравоохранения, не хватает врачей. Как заявил на пресс-конференции в Мадриде заместитель госсекретаря по вопросам здравоохранения и потребления Фернандо Пуиг (Fernando Puig), «в Испании особенно остро ощущается нехватка хирургов, специалистов в области желудочно-кишечных заболеваний, рентгенологов, анестезиологов, реаниматологов, педиатров и участковых терапевтов. Чтобы справиться с дефицитом медперсонала, нам необходимо ежегодно принимать на работу 2,5 тысячи врачей, а с 2016 года — 7 тысяч». Он не указал, сколько именно врачей не хватает в Испании в настоящее время, отметив лишь, что «к 2016 году, если дела в медобслуживании не поправятся, в стране будет не хватать 25 тысяч специалистов».

По официальным данным, «очереди на разного вида операции в клиниках государственной системы социального страхования занимают в Испании от полугода до нескольких лет. На прием к некоторым специалистам, к примеру, гинекологам, в ряде случаев ведется запись за полгода».

Один из путей решения проблемы, по мнению представителей Минздрава, — «привлечение на работу в Испании врачей-иностранцев, для чего предлагается организовывать 2—3 раза в год кампании по легализации медицинских дипломов иностранных специалистов (сейчас такие кампании проводятся один раз в год)». В то же время за пределами Испании, в основном в Англии и Франции, работают тысячи испанских врачей и медсестер. «Основная причина бегства медперсонала в другие страны — низкие зарплаты этой категории трудящихся в Испании по сравнению с другими западноевропейскими государствами», — отмечают представители испанских профсоюзов.

Источник: www.rian.ru

NICE займется опарышами

Члены Парламента Великобритании призвали к широкому использованию личинок мух для обработки ран, лечения гангрены и пролежней. Есть данные, что с помощью этой методики врачи смогут справиться с метициллин-резистентным золотистым стафилококком (MRSA), а выздоровление больных заметно ускорится, сообщает BBC.

Лечение ран с помощью опарышей не является чем-то новым: еще со средних веков личинки мух широко применялись, однако с появлением антибиотиков популярность этого метода значительно снизилась.

Недавно проведенные исследования показали, что при использовании опарышей раневая поверхность очищается в среднем в течение 5 дней, тогда как при применении традиционных методов лечения тот же результат достигается за 89 дней, сообщила на заседании Палаты общин М. Мун (Madeleine Moon). «Опарыши поедают только гнилое мясо. Они не трогают здоровые ткани», — заявила она. По словам Муун, использование «стерильных опарышей» позволит избежать применения антибиотиков и, соответственно, снимет проблему лекарственной устойчивости. Раны будут заживать значительно быстрее, и риск их инфицирования бактериями, устойчивыми к антибиотикам, будет минимальным. Ежегодные затраты на лечение раневой инфекции в Великобритании составляют около 3 миллиардов фунтов стерлингов. Использование опарышей позволит сэкономить миллионы фунтов стерлингов, заявила М. Мун.

В настоящее время лечение с помощью опарышей применяется в некоторых британских клиниках. За прошедший год эта методика была использована для терапии примерно 30000 пациентов. М. Мун выступила за то, чтобы Национальный институт здоровья и качества медицинской помощи Великобритании (National Institute for Health and Clinical Excellence — NICE) провел более углубленные исследования, связанные с преимуществами применения опарышей в медицине. Предложение Муун о более широком использовании личинок мух для лечения ран поддержали 35 членов британского Парламента.

Источник: MedPortal

СВЕТСКАЯ ХРОНИКА

В Москве 19 марта прошла официальная презентация и пресс-конференция одного из мировых лидеров в области биотехнологий — компании Amgen, пришедшей в РФ и планирующей включить российских пациентов в клинические исследования новых биологических препаратов для лечения рака, почечных заболеваний, ревматоидного артрита, анемий и других болезней. Сегодня в одной из самых перспективных

Компания Amgen вышла на российский рынок клинических исследований

сфер — в области биоинженерных технологий в мире работают 265 тысяч человек. Это исследователи 4000 компаний. Бюджет отрасли — 60 млрд \$ США. Усилия такой армии ученых не могут быть безуспешными: из 1000 перспективных молекул около 300 сейчас подошли к возможности испытаний на практике в качестве лекарств. Кто сделает это быстрее конкурентов, окажется на коне. На презентации присутствовали посол США в России г-н Уильям Бернс, ведущие ученые России.

В настоящее время в разработке компании Amgen находятся 45 молекул. В 2006 г. Amgen провела исследования с участием 41 000 пациентов в 39 странах. Программа клинических исследований на 2007 г. предполагает включение в 250 исследований 55 тысяч пациентов, и из них 1500 пациентов из 150 клиник 20 крупнейших городов РФ.

Многие препараты компании известны и российским врачам, хотя не все зарегистрированы в нашей стране. Это анакинра для лечения ревматоидного артрита, цинакальцет — для лечения больных почечной недостаточностью, палифермин, филграстим и дарбэпоэтин альфа (встречаем названия эпоген и аранесп), используемый для стимуляции эритропоэза.

Тем не менее, если у больных онкогематологическими заболеваниями в сочетании с химиотерапией этот препарат последнего поколения лекарственных средств показал себя эффективным, то при проверке его действия при некоторых других патологиях эффективность не подтверждена.

Так, согласно заявлениям информационного агентства Reuters от 16 февраля 2007 г., перед компанией Amgen «стоят новые вопросы безопасности применения выпускаемого ею препарата для лечения анемии — аранесп (дарбэпоэтин альфа)», который в числе других препаратов предполагается включать в клинические исследования в России.

1 декабря 2006 г. было принято решение приостановить клинические исследования этого препарата в Дании, поскольку были обнаружены данные о статистически значимом повышении риска смерти у онкологических пациентов, лечившихся аранеспом. С этим на пресс-конференции согласились представители компании. Продукты компании пока не зарегистрированы в РФ и для применения недоступны, поэтому угрозы пациентам не несут.

Ряд источников сообщают также, что компания Amgen не предоставляла этой информации о неудаче в датском испытании инвесторам и аналитикам вплоть до телефонной конференции по итогам квартала, состоявшейся 25 января, и о том, что после публикации пресс-релиза на эту тему акции компании понизились почти на 3%. Были также высказаны предположения о том, что увеличение продукции эритроци-

тов, вызванное применением аранеспа, может повлечь за собой рост злокачественной опухоли. Российские эксперты считают, что особенно важно, чтобы, придя на рынок клинических исследований в России, где еще есть претензии к ведению испытаний в клиниках, западные специалисты несли не только многолетний опыт, но и строго следили за соответствием проводимых исследований международным стандартам.

Директор российского отделения Кокрановского сотрудничества, д.м.н., проф. Василий Викторович Власов:

«Участие российских специалистов в хороших многоцентровых исследованиях полезно и пациентам и исследователям. Но я бы добавил, что кроме этого надо улучшать систему медицинского образования, видеть в фармацевтических компаниях не только источник доходов и новых технологий, но и реальную опасность».

Приведу пример. В 2000 г. уже существовали данные о том, что применение препарата виокс (рофеноксид) приводит к увеличению частоты инфарктов, но только через 4 года — в 2004 г. — компания-производитель «Мерк» признала, что этот неблагоприятный эффект имеет место, и отозвала препарат с рынка. Потребовался грандиозный скандал для того, чтобы антидепрессант, разрешенный для взрослых, компания прекратила продвигать в педиатрию, согласившись с тем, что это неустойно. Медики и регуляторные органы должны быть настороже. Желание сверхприбылей — постоянная опасность, исходящая от фарминдустрии, и главное средство, чтобы избежать этой опасности, это практика медицины, основанной на доказательствах, проведение добротных исследований и поддержание высоких стандартов этики исследований».

На презентации открытия Руководитель Российского представительства Amgen Виктория Анашкина заверила присутствовавших в том, что компания, являясь пионером в области биотехнологий, готова к созидательному сотрудничеству с российскими медиками, к открытости и прозрачности бизнеса на благо пациентов. Хочется надеяться, что клинические исследования в России будут успешными, а правила их проведения безупречными. Это особенно важно в такой чувствительной сфере, как исследования лекарственных средств, проведение которых в ряде случаев оценивается экспертами неоднозначно.

А. Мартынова

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 Кардиологической секции Московского городского научного общества терапевтов за период 2005—2006 гг.

В 2005 году было проведено 6 заседаний секции, в которых приняли участие всего 305 человек в среднем — 120 человек на одном заседании

| Дата | Тема | Докладчики | Кол-во участников на заседании |
|-------------|---|---|--------------------------------|
| 17 февраля | У гипертонии женское лицо | Глезер М.Г. (ММА), Серов В.Н. (ММА), Макацария А.Д. (ММА) | 158 |
| 17 марта | Инсульт как сердечно-сосудистое заболевание | Сулина З.А., Парфенов В.А. (ММА) | 151 |
| 19 мая | Вторая жизнь сердца | Коротеев А.В. (РНЦХ), Самко А.Н. (РКНПК), Лупанов В.П. (РКНПК) | 119 |
| 15 сентября | Карман пациента глазами кардиолога | Авксентьева М.В. (ММА) | 118 |
| 20 октября | Прием врача-кардиолога | Глезер М.Г. (ММА), Айзенберг Л.В. (Институт трансплантологии искусственных органов МЗ РФ) | 80 |
| 15 декабря | Прививка от болезней сердца | Агеев Ф.Т. (РК НПК МЗ РФ), Глезер М.Г. (ММА) | 92 |

В 2006 году было проведено 6 заседаний секции, в которых приняли участие всего 286 человек в среднем — 101 человек на одном заседании

| Дата | Тема | Докладчики | Кол-во участников на заседании |
|------------|---|--|--------------------------------|
| 16 февраля | Инфаркт миокарда: вчера, сегодня, завтра. (Памяти Попова) | Новикова Н.А. (ММА), Аверков О.В., Самко А.Н. (РКНПК), Глезер М.Г. (ММА), Гуревич М.А., Ростороцкая В.В. | 174 |
| 16 марта | Знают ли кардиологи тиреотоксикоз? | Свириденко Н.Ю. (ЭНЦ), Бокалов С.А. (НИИ Кардиологии им. Мясникова) | 78 |
| 18 мая | Хирургическая помощь и интенсивная терапия при нарушениях ритма | Майков Е.Б. (РКНПК), Минаев В.В. (РНЦХ), Нечаенко М.А. (РНЦХ) | 98 |
| 26 октября | Сердце диабетика | Александров А.А. (ЭНЦ), Марценко А.В. (ф/ф МСД), Боршевская М.В. (РГМУ) | 99 |
| 16 ноября | Приверженность к лекарствам и судьбе гипертоника | Котовская Ю.В. (РГМУ), Скворцов А.А. (РКНПК), Бульба В. (ф/ф МСД), Барышникова Г.А. | 75 |
| 14 декабря | Сердечную недостаточность лечим, а хроническое легочное сердце? | Привалова Е.В. (ММА), Задонченко В.С. | 84 |

АНТИРЕКЛАМА

Информация о странных письмах издательства ГЭОТАР-Медиа с сомнительным предложением фирмам-производителям лекарств поучаствовать в реализации Национального проекта «Здоровье», опубликованная в № 2 Вестника МГНОТ (январь 2007 г.), а затем в виде краткой выдержки в Фармацевтическом Вестнике № 7 от 27 февраля 2007 г., вызвала шквал эмоций. Газета Коммерсант (16 марта 2007 г.) провела свое расследование истории этого письма и выяснила, что, действительно, издательство ГЭОТАР-Медиа что-то подобное писало с целью изыскать средства для изготовления стоек для информационных материалов.

Минздравсоцразвития сразу отмежевался от деятельности ГЭОТАР-Медиа. РИА Новости сообщает: «брошюры «Кодекс здоровья и долголетия», направленные в субъекты федерации в рамках госконтракта по информационной поддержке нацпроекта «Здоровье», не содержали прямой или косвенной рекламы каких-либо лекарств. Министерство также не направляло фармкомпаниям писем с коммерческими предложениями о рекламе на страницах буклета. Как отмечается в сообщении, министерство не имеет представления о том, с какими предложениями компания-подрядчик обращалась к производителям лекарств. Коммерческие инициативы компании ГЭОТАР-медиа никак не связаны с исполнением госконтракта по информационной поддержке приоритетного нацпроекта «Здоровье», говорится в документе».

А вот и комментарий издательства «ГЭОТАР-Медиа» по поводу статьи «Жатва Гипократа», опубликованной в газете «Коммерсант», размещенный на сайте компании: «Мне представляется, что сегодня на Минздравсоцразвития не пиарится разве что ленивый. И очень жаль, что такая уважаемая газета, как

«Коммерсант», допустила использование непроверенных сведений, предоставленных проф. П.А. Воробьевым, для очередной нападки на это ведомство. По сути вопроса официально заявляю, что никаких обращений из Минздравсоцразвития и в частности от имени заместителя министра Р.А. Хальфина, в котором содержались бы предложения в фармацевтические компании о рекламе лекарственных средств и о поддержке проекта «Кодекс здоровья и долголетия», ни в письменном, ни в устном виде не было, и соответственно нами не рассылались. Информационные брошюры «Кодекс здоровья и долголетия» и листки-вкладыши по лекарственным средствам и по заболеваниям направлены на обучение здоровому образу жизни, медико-санитарное просвещение и рациональное использование лекарственных средств. Это, то, что давно необходимо делать в первичном звене здравоохранения при общении с пациентом и выписке ему лекарственных средств. Например, известно, что много случаев неправильного применения и побочных эффектов при приеме лекарственных средств связано с элементарным незнанием пациента правил приема лекарственного средства. Всемирная Организация Здравоохранения сегодня также активно пропагандирует концепцию информированного пациента, что означает, что он должен знать о факторах риска смертельных заболеваний, правилах здорового образа жизни и правильного приема лекарств, назначенных врачом.

Внимание!
Письма ГЭОТАР-Медиа

Все, что когда-либо исполнялось нашей компанией по всем проектам, финансируемым за счет бюджетных средств, включая проект «Кодекс здоровья и долголетия», не содержит никакой рекламы (прямой либо косвенной) фармацевтических компаний и выпускаемых ими лекарственных препаратов. Мы с удовольствием предоставим «Кодексы здоровья и долголетия» всем заинтересованным лицам, чтобы они воочию убедились в нашей правоте, и в первую очередь главному редактору и редколлегии газеты «Коммерсант». Мы рады, что, наконец, и центральные СМИ обратили внимание на медико-санитарное просвещение населения и пропаганду здорового образа жизни, но, к сожалению, только в скандальном аспекте. Генеральный директор ООО ИГ «ГЭОТАР-Медиа» Г.Э. Улумбекова (знаки препинания и ошибки в словах частично исправлены — вдруг будут сравнивать с оригиналом в суде).

Похожее письмо было опубликовано и в Фармацевтическом вестнике под заголовком «В защиту деловой репутации», только там фамилия П.А. Воробьева склонялась чаще. Более того, по мнению г-жи Улумбековой, я, «движимый личными побуждениями конкуренции с нами, представил... сведения, не владея при этом достоверной информацией». То есть проглядывает за всем этим мурло рэкетира. И на том спасибо.

Чего нет в объяснениях — признания в неэтичности поступка. Ведь вопрос только в этом: письмо является ярким примером деградации этических норм и правил в обществе в целом и в медицинском сообществе — в частности. Молчание ассоциации международных фармпроизводителей наводит на очень нехорошие мысли — ведь упрек в статье, опубликованной в Фармвестнике, был именно — и только — в их адрес. Помнится, что-то несколько лет говорилось о кодексе, содержащем этические нормы для фармфирм, но не слышно его публичного обсуждения. Несколько раз порывался я получить текст этого документа, да так и не смог...

П. Воробьев

ПРОТОКОЛЫ МГНОТ

«ХЛАМИДИОЗ — МИФЫ И РЕАЛЬНОСТЬ»
ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ СЕКЦИИ «ЧЕЛОВЕК И ИНФЕКЦИЯ»
МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ
от 15.11.2005 г.

Сопредседатель секции: Заместитель главного терапевта ГУЗ УДП д. м. н., проф. **В.Е. Ноников**; Заместитель главного инфекциониста ГУЗ УДП член-корр. РАМН, проф. **Б.П. Богомолов**

Постоянный оппонент: проф. **П.А. Воробьев**

Секретарь: **И.В. Тюрина**

1. Д. б. н. Зигангирова Н.А. (НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф. Гамалеи РАМН) «Патогенные свойства хламидий и диагностика хламидиозов».

В докладе освещены вопросы, касающиеся механизма патогенности и лабораторной диагностики хламидиозов, обусловленных *S. trachomatis* и *S. pneumoniae*. Автор отметила, что клиническое значение хламидий определяется отсутствием естественной резистентности к инфекции, кратковременностью нестойкого постинфекционного иммунитета; тропизмом к различным тканям, способностью к размножению в лимфоцитах, генерализацией инфекции; отсутствием специфических клинических симптомов (характерно малосимптомное и латентное течение). Высока степень риска развития хронических инфекций и осложнений. Среди взрослого населения у 60% имеются антитела к *S. pneumoniae*.

В связи с тем, что хламидиоз не имеет специфических симптомов, большое значение приобретает лабораторная диагностика. Для выявления хламидии необходимо применять 2 метода (прямого выявления возбудителя и определения специфических антител) вместе. В нашей стране для выявления хламидии широко используют амплификационные методы, которые позволяют проводить скрининговые исследования, выявлять ДНК и РНК хламидий.

В настоящее время остаются нерешенные вопросы, касающиеся элиминации персистирующих форм хламидий, т.к. эти живые, метаболически активные, но некультивируемые бактерии, у которых изменена морфология и экспрессия целого ряда генов, обладают резистентностью к антибиотикам.

2. Проф. Ноников В.Е. (ФГУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» УД Президента РФ) «Хламидийные пневмонии»

S. pneumoniae и *S. psittaci* являются атипичными возбудителями пневмонии. Среди госпитализированных больных с пневмонией у 2—15% встречается хламидийные пневмонии в зависимости от эпидемиологической ситуации. Следует отметить, что в Москве в последние 3—4 месяца отмечается подъем заболеваемости. Летальность от хламидийной пневмонии со-

ставляет около 10%. При сборе анамнеза важно учитывать эпидемиологию: контакт с птицами, случаи ОРВИ в семье. У половины больных отмечается коклюшеподобный кашель; лимфоаденопатия, спленомегалия (*S. psittaci*). Клинические проявления вариabельны и могут включать: бессимптомную инфекцию, синдром «атипичной» пневмонии, часто связанный с симптомами ОРВИ, внеочередные проявления (обострения артритов, миокардиты, менингоэнцефалиты) и др. Диагностическим лабораторным критерием хламидийной пневмонии является определение антител к хламидии. При лечении больного в амбулаторно-поликлинических условиях предпочтительней применять макролиды, респираторные фторхинолоны, тетрациклины (у молодых лиц без предшествующих заболеваний), а в условиях стационара, до идентификации возбудителя — либо сочетание 2 антибиотиков, либо один, но широкого спектра действия (например, респираторные фторхинолоны). Применение бета-лактамов антибиотиков и аминогликозидов неэффективно. Особое внимание обращено автором на то, что длительность антибактериальной терапии хламидийной пневмонии должна быть не менее 14 дней.

3. Профессор Погорельская Л.В. (РМАПО) Уделила внимание клиническому течению хламидиоза, вызванного *S. trachomatis*, которая имеет много серовариантов поражающих разные клетки мишени: в 85% случаев поражается кишечник, и это проявляется хламидийным колитом, хламидийным энтеритом. *S. trachomatis* может являться триггером для развития коллагенозов. У больных хламидиозом нередко наблюдается узловая эритема, болезнь Рейтера, у 40% больных отмечается поражение суставов. В конце сообщения была представлена история болезни больного хламидиозом, вызванных *S. trachomatis* с выраженным поражением суставов.

Дискуссия:

Воробьев П.А.: Часто ставится такой диагноз — хламидиоз. Нет такой нозологической формы — хламидиоз — это выдуманная болезнь. В поликлиниках и частных центрах создаются мелкие организованные преступные группировки между врачами и лабораториями. Ставят всем такой диагноз, эффективно лечат антибактериальными препаратами и БАДами. Да, есть возбудитель, но это не значит, что есть болезнь. Непонятно, с какого момента начинается болезнь? И надо ли лечить, если выявлены следы возбудителя без клинической картины заболевания?

Ноников В.Е.: Бывает, что обращаются больные, которые хотели бы уточнить, сколько надо принимать антибиотиков, так как при обнаружении *Chlamydia* класса А, D их назначают на 2—3 месяца, а затем приходится ликвидировать последствия длительной антибактериальной терапии. Конечно, это происходит

не столько и не только от желания врачей получить выгоду, а от незнания того, на что надо ориентироваться, поскольку сегодня нет точной диагностики хламидийной инфекции.

Вопрос из зала к Погорельской Л.В.: Сформулируйте основные принципы лечения хламидийной инфекции?

Погорельская А.: Прежде всего надо установить форму инфекции: уrogenитальная, острая или хроническая. Подходы к лечению острой и хронической инфекции разные. Следует отметить, что, сколько бы мы не лечили и как бы мы не лечили, у 40% больных останется хроническая инфекция способная к внутриклеточной персистенции. Отношение к антибиотикам разнообразное. Антибактериальные препараты применяются преимущественно в остром периоде. На первом месте здесь препараты тетрациклинового ряда.

В заключение Богомолов Б.П. поблагодарил докладчиков за интересные сообщения и отметил, что каждый врач должен помнить, что помимо всего прочего, существуют хламидии, имеющие широкую органопатологию. И в тех случаях, когда не получается эмпирическим лечением, надо добиваться лабораторного подтверждения, что не всегда просто. Нужно доверять тем лабораториям, которые базируются на базах НИИ. Одним из фундаментальных принципов инфекционной патологии является воспроизведение с помощью возбудителя экспериментальной инфекции, похожей на



тот процесс, который мы лечим, но это всегда сложно сделать. Однако это не означает, что этот возбудитель не доказателен. Проблема хламидиоза очень большая. Мы живем в век новых открытий. Во второй половине XX столетия открыто 30 новых возбудителей, и за каждым из них будет много патологических процессов. В основе всего этого лежит иммунологическая реактивность организма, которую нельзя гу-

бить. И любые попытки предложить какой-либо препарат, влияющий на иммунную систему, опасен этими инфекциями, поскольку организм становится незащищенным. Нужно помнить, что прежде чем ввести какой-либо иммунный препарат (прежде всего вакцину), необходимо исследовать иммунологический статус, чтобы узнать, что нужно этому человеку — иммуннокоррекция, иммуномодуляция или ничего. Еще в 50 годы было сообщение от ведущих лабораторий, что всякая прививка сопровождается депрессией неспецифической резистентности. Поэтому к вакцинации нужно очень серьезно относиться. Защитные функции организма намного богаче, чем мы думаем. Воробьев П.А. правильно поставил вопрос: надо ли лечить хламидиоз если обнаружен только возбудитель? Если нет клинических проявлений болезни, что мы лечим и зачем?

ИнтерНьюс

Образованные алкоголики

Образованные женщины двадцати лет и старше в среднем на 45% больше склонны к неумеренному употреблению алкоголя, нежели их ровесницы, не обремененные «радостями» высшего образования. К такому выводу пришли британские ученые. А у женщин «бальзаковского возраста» наблюдается обратная тенденция: склонность к чрезмерным возлияниям у необразованных женщин в два—семь раз выше, чем у образованных представительниц прекрасного пола. По мнению специалистов, полученные результаты объясняются просто. Женщины, не получившие высшего образования, стремятся к созданию семьи в раннем возрасте. Соответственно, в двадцать лет они заняты поиском потенциального партнера для брака и деторождения. Отсюда следует, что в этом возрасте женщины и девушки попросту не могут позволить себе злоупотреблять спиртными напитками. Сильная половина человечества обходится без возрастных «премудростей». Мужчины без образования в целом на 63% более подвержены пороку Бахуса, чем их «коллеги по цеху», получившие высшее образование. Барбара Джеффрис, одна из авторов и инициаторов исследования, сотрудница лондонского Института детского здоровья, изучала привычки 11,5 тысяч британских мужчин и женщин, родившихся на одной неделе в марте 1958 года. Британцев просили рассказать, сколько и как часто они пили, когда им было 23, 33 и 42 года. Согласно результатам опроса, в 23 года предавались обильным возлияниям 18% женщин и 36% мужчин, в 33 — 13% женщин и 28% мужчин, в 42 — 14% женщин и 31% мужчин.

Источник:
MIGnews.com

Музыкальное ДНК

Японские учёные заявили о возможности использовать ДНК для хранения текстовых, музыкальных и других данных в цифровом формате внутри живых организмов.

Масару Томита (Masaru Tomita) и его коллеги из университета Кейо в Токио (Keio University) заявили, что закодированная с помощью ДНК информация, передаваемая по наследству, может благополучно храниться сотни тысяч лет. Фактически, речь идёт о чуть ли не совершенном носителе информации. В то же время CD-ROM, флэш-память или жёсткие диски легко повреждаются и теряют информацию.

Исследователи описали метод копирования и фиксации данных, закодированных по принципу искусственной ДНК в геном *Bacillus subtilis* — самой обычной и часто встречающейся почвенной бактерии. Получено универсальное хранилище информации с надёжной передачей во времени. Для демонстрации метода была выбрана известная формула Альберта Эйнштейна о соответствии массы и энергии. С помощью бактерии сохранено послание в виде «E = MC²•1905!».

«Мы полагаем, что этот простой, гибкий и надёжный метод найдёт практическое применение для сохранения и восстановления данных в комбинации с другими, ранее разработанными технологиями», — сообщается в заявлении.

Полное описание эксперимента будет опубликовано в американском журнале «Прогресс биотехнологий» (Biotechnology Progress).

Источник:
ScienceDaily

Начало на стр. 1 ➤

знали, что можем рассчитывать только на себя: ни корабли не доплывут, ни самолеты не долетят. Мы полностью были отрезаны от мира. Мы были словно разведчики в тылу врага, в подполье. После окончания всех участников дрейфа представили к Героям, но наградили только Орденом Ленина, это был высший орден в СССР. Это я уж сейчас бурчу, а тогда я пришел на прием к начальнику медслужбы военно-воздушных сил, и он, с любопытством взглянув на орден, спросил: «Это что ты, за выслугу лет получил?» Он даже не мог себе представить, что мальчишка — майор в 28 лет пришел, да с такими орденами. В тот момент мне даже предложили самому себе выбрать место работы, и, естественно, я выбрал самое лучшее для авиационного врача — Государственный научно-исследовательский испытательный институт авиационной медицины, куда я попал в 1952 году в очень интересный отдел, который занимался проблемами катапультирования самолетов — был младшим научным сотрудником, я был никто, смотрел, учился. Там надо было в начале работать с простейшей аппаратурой, электрокардиографами, мерить пульс, давление. Я довольно быстро все схватывал и через 2 года я уже стал разбираться в этой области. Там был очень интересный коллектив, врач-физиологи. Увлеченнейшие люди, работали по ночам, потому что работа была интересная. Зимой 1953 года меня вызвали в Главное управление Северного морского пути и предложили принять участие в работе новой дрейфующей станции «Северный полюс 3», куда я и отправился весной 1954 года.

Надо сказать, мне всю жизнь везло, мне всегда моя работа очень нравилась. Это очень помогало делу. Государственные интересы совпали с моими личными амбициями и характерологическими особенностями. Однажды побывав в Арктике, просто начинаешь болеть ею, так же, как это случается с альпинистами. Очень скоро снова хочется туда, эта тяга неистребима. На самом деле работа в таких экспедициях очень тяжела, нередко мурно, однообразна. Но все неведомое безумно привлекательно. Ведь сколько людей шли в Арктику, к Полюсу шли, и это все желание преодолеть себя, быть где-то первым. Людям важно хоть в чем-то быть первым, иначе не было бы книги Гиннеса, Олимпийских игр. Мне кажется невероятной глупостью лозунг «Главное не победа, главное — участие», придуманный осторожными чиновниками. Побеждать — это важно!!! Великий Амундсен сказал потрясающе правильную вещь: «Первому все, второму ничего». И так все открытия. Иногда спрашивают, чего ради мы трудились на дрейфующих станциях? В безвестности, в обстановке постоянного риска. Получали мы за это копейки, то есть деньги роли не играли, славы никакой, потому что все секретно. А что будет после этого, никому не ясно. Для всех нас был ясен ответ: мы выполняли особое задание партии и правительства.

Так вот, попал я на вторую дрейфующую станцию, там я работал только врачом, научным сотрудником. Это поначалу тоже была секретная экспедиция. И вдруг в июле 1954 года по радио прозвучало сообщение о том, что в Центральном полярном бассейне открыты 2 дрейфующие станции. Вот с этого момента начался «период славы», нам начали письма писать пионеры и девушки, мы отвечали, нас везде приглашали, мы стали специальными корреспондентами многих газет и журналов. Я тогда даже песню написал «Полярный вальс», Утесов ее исполнил по радио, у меня сразу появились завистники... Испытание медными трубами выдерживать порой труднее, чем полярными невзгодами.

Вернувшись в институт, начал заниматься вопросами выживания и спасения после вынужденной посадки (приземления, приводнения) летного состава в безлюдной местности. Поскольку начинала развиваться космонавтика, это стало особенно актуальным. Мы начинали разрабатывать эту проблему практически с нуля. Авиационная медицина — это сплошной эксперимент, сначала в лаборатории, потом в воздухе. Но ничего не бывает зря. Тот прыжок, который я сделал на полюсе, он явился трамплином для моего следующего жизненного этапа. Мы выезжали в короткие экспедиции. Изучалось, сколько и в каких условиях может прожить приземлившийся космонавт. Что нужно ему, чтобы выжить. Нам нужно было максимально обезопасить его. Он должен знать, что у него есть все необходимое и что ему нужно де-

Побеждать — это важно!!! Великий Амундсен сказал потрясающе правильную вещь: «Первому все, второму ничего». И так все открытия.

Я тогда даже песню написал «Полярный вальс», Утесов ее исполнил по радио, у меня сразу появились завистники... Испытание медными трубами выдерживать порой труднее, чем полярными невзгодами.

Так я попал в Рио-де-Жанейро, потом в Сенегал, Англию. Это было как полет на Луну. Из совершенно нищей, закрытой страны...

лать. Таких экспедиций было порядка 40, в разные районы земного шара. В том числе в джунгли Вьетнама, единственная в своем роде экспедиция.

А потом началась космическая эпопея. Основная задача авиационных врачей, участвовавших в поисково-спасательных операциях, была как можно быстрее прибыть к месту приземления. Решить это было на первый взгляд сложно: вертолеты имели маленький радиус действия, а самолеты требовали аэродромов. Вот тогда и пригодился мой полярный опыт. Я предложил руководству создать группу врачей-парашютистов. Они могли в кратчайшие сроки десантироваться к месту приземления космонавтов. И такой отряд был создан. В него вошли врачи Института и Центра подготовки космонавтов: Виктор Артомошин, Любовь Мазниченко, Иван Колосов, Борис Покровский, Борис Егоров — будущий врач-космонавт, и я. Мы встречали всех первых космонавтов, летавших на кораблях «Восток». Мы отвечали за последний этап: должны были встретить как можно быстрее космонавта, осмотреть его, выяснить, что с ним произошло, при необходимости оказать помощь, госпитализировать. А если приземление — приводнение произошло в каком-то безлюдном недоступном месте, то нужно было обеспечить его выживание в этих условиях. Потом добавилось еще одно: оказалось, что быстро прибыть к месту посадки довольно сложно, поэтому пригодился опыт врачей-парашютистов. Возле Николаева я приземлился через 20 минут, к Герману Титову я приземлился вовремя, но у меня было очень неудачное приземление, и он надо мной смеялся: кто кому помощь оказывать будет. А Юра Гагарина я осматривал сразу после полета. Его привезли в Энгельс. Я его встречал, мы обнялись, поцеловались, он при мне разговаривал с Брежневым, Микояном, а потом его забрали в ВЧ доложить о полете Хрущеву. Мы

не знали тогда, какова вероятность благополучного исхода. Трудно было даже предположить. Это было очень ответственно. И были секунды, когда все могло обернуться по-другому. К счастью, все обошлось. Осматривал я его уже в самолете.

Я участвовал в тренировках, в подготовке по выживанию. Есть люди, которые готовы годами готовиться и ждать своего часа. Они исполины были, они этим жили, они это исповедовали. Один из ярких примеров: дважды Герой Советского Союза Валера Поляков — 15 лет ждал. Юра Гагарин оказался от природы удивительно незаурядным человеком. Он совершенно по-особенному на все реагировал, на различные внештатные ситуации.

В 1959 г. произошло в моей жизни еще одно событие: меня пригласил Папанин и предложил:
— Хочешь в Бразилии побывать?
— Хочу, конечно, хочу!
— У меня есть место врача на корабле. Пойдешь?
— Меня не пустят.
— Кого? Тебя не пустят? Кто у тебя начальник? — Тут же набирает телефон. — Здравствуйте, товарищ полковник, это говорит дважды Герой Советского Союза Папанин, знаете такого? У Вас есть доктор Волович, отпустите его месяца на 3? Да Вы что? Хотите, я сейчас Смирнову позвоню (Ефим Иванович Смирнов, начальник медицинского управления в то время) или Главкому? Ну и отлично.

Очень были быстрые сборы. Так я попал в Рио-де-Жанейро, потом в Сенегал, Англию. Это было как полет на Луну. Из совершенно нищей, закрытой страны... Эта экспедиция положила начало целой серии океанских экспедиций, которых тоже никто никогда не повторял, это выживание в тропической зоне океана — мы плавали на шлюпках по 7 дней в экстремальных условиях. Изучалось все: обстановка, реакция организма на негативные факторы, защита от них, правила поведения, питание, водообеспечение... В пустыню или в Арктику мы иногда брали с собой испытателей, но нередко сами участвовали в испытаниях... Всего я принимал участие более чем в 40 экспедициях в различные районы земного шара.

Меня часто спрашивают, не хочу ли я отдохнуть в спокойной обстановке. Я бы в жизни не поехал отдыхать в деревню, размеренный отдых — это не для меня. Человек без стресса жить не может, стресс заставляет функционировать организм. Это тренировка адаптации. Жизнь на диване и лечебно-охранительные режимы — это глупость. Человек должен гореть!

Записала А. Власова

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: mtrpndm@do1.ru, www.zdrav.net, www.zdravkniga.net.
Индекс журнала 72767 по каталогу агентства РОСПЕЧАТЬ «ГАЗЕТЫ И ЖУРНАЛЫ»

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., Каторина 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 — обосновывать свои мнения доказательствами эффективности, а не ссылками на «общепотребительность» или «так принято».

СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ

1. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА

Категория возрастная: взрослые, дети

Нозологическая форма: негнойный средний отит, гнойный и неуточненный средний отит

Код по МКБ-10: H65, H66

Фаза: нет

Стадия: нет

Осложнение: без осложнений

Условие оказания: амбулаторно-поликлиническая помощь

Приложение
к приказу Министерства
здравоохранения и социального развития
Российской Федерации
от 29 ноября 2004 г. № 292

1.1. ДИАГНОСТИКА

| Код | Наименование | Частота предоставления | Среднее количество |
|------------|--|------------------------|--------------------|
| A01.25.001 | Сбор анамнеза и жалоб при патологии органа слуха | 1 | 1 |
| A01.25.002 | Визуальное исследование при патологии органа слуха | 1 | 1 |
| A01.25.003 | Пальпация при патологии органа слуха | 1 | 1 |
| A01.25.004 | Перкуссия при патологии органа слуха | 1 | 1 |
| A02.25.001 | Осмотр органа слуха (отоскопия) | 1 | 1 |
| A03.25.002 | Вестибулометрия | 1 | 1 |
| A06.25.002 | Рентгенография пирамиды (височной кости) | 0,5 | 1 |
| A03.25.004 | Исследование органов слуха с помощью камертона | 0,01 | 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 |
| A12.25.001 | Тональная аудиометрия | 0,01 | 1 |
| A12.25.002 | Речевая аудиометрия | 0,1 | 1 |
| B03.028.01 | Объективная аудиометрия | 0,2 | 1 |
| A11.05.001 | Взятие крови из пальца | 0,5 | 1 |

2.1. ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА 1 КУРСА ЛЕЧЕНИЯ — 7 ДНЕЙ

| Код | Наименование | Частота предоставления | Среднее количество |
|------------|---|------------------------|--------------------|
| A01.25.001 | Сбор анамнеза и жалоб при патологии органа слуха | 1 | 2 |
| A01.25.002 | Визуальное исследование при патологии органа слуха | 1 | 2 |
| A01.25.003 | Пальпация при патологии органа слуха | 1 | 2 |
| A01.25.004 | Перкуссия при патологии органа слуха | 1 | 2 |
| A02.25.001 | Осмотр органа слуха (отоскопия) | 1 | 2 |
| A03.25.002 | Вестибулометрия | 1 | 2 |
| B03.028.01 | Объективная аудиометрия | 0,01 | 1 |
| A25.25.001 | Назначение лекарственной терапии при заболеваниях органов слуха | 1 | 2 |
| A25.25.002 | Назначение диетической терапии при заболеваниях органов слуха | 1 | 2 |
| A25.25.003 | Назначение лечебно-оздоровительного режима при заболеваниях органов слуха | 1 | 2 |
| A08.05.004 | Исследование уровня лейкоцитов в крови | 0,01 | 1 |
| A08.05.006 | Соотношение лейкоцитов в крови (подсчет формулы крови) | 0,01 | 1 |
| A12.05.001 | Исследование оседания эритроцитов | 0,01 | 1 |
| A11.05.001 | Взятие крови из пальца | 0,5 | 1 |

| Фармакотерапевтическая группа | АТХ группа* | Международное непатентованное наименование | Частота назначения | ОДД** | ЭКД*** |
|---|-------------|--|--------------------|----------|-----------|
| Средства, применяемые для профилактики и лечения инфекций | | | 1 | | |
| <i>Антибактериальные средства</i> | | | 1 | | |
| | | Амоксициллин | 0,4 | 1500 мг | 10 500 мг |
| | | Амоксициллин + клавулановая кислота | 0,2 | 1875 мг | 13 125 мг |
| | | Азитромицин | 0,2 | 500 мг | 1500 мг |
| | | Цефтриаксон | 0,2 | 1 000 мг | 7 000 мг |
| | | Цефуроксим | 0,2 | 500 мг | 3 500 мг |
| Анальгетики, нестероидные противовоспалительные препараты, средства для лечения ревматических заболеваний и подагры | | | 1 | | |
| <i>Ненаркотические анальгетики и нестероидные противовоспалительные средства</i> | | | 1 | | |
| | | Ибупрофен | 0,5 | 1 200 мг | 8 400 мг |
| | | Диклофенак | 0,5 | 100 мг | 700 мг |

* — анатомо-терапевтическо-химическая классификация.

** — ориентировочная дневная доза.

*** — эквивалентная курсовая доза.

СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ, ДУОДЕНИТОМ, ДИСПЕПСИЕЙ

1. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА

Категория возрастная: взрослые, дети
Нозологическая форма: хронический гастрит, дуоденит, диспепсия
Код по МКБ-10: K 29.4, K29.5, K30
Фаза: обострение
Осложнение: без осложнений
Условие оказания: амбулаторно-поликлиническая помощь

Приложение
к приказу Министерства
здравоохранения и социального развития
Российской Федерации
от 22 ноября 2004 г. № 248

1.1. ДИАГНОСТИКА

| Код | Наименование | Частота предоставления | Среднее количество |
|------------|---|------------------------|--------------------|
| A01.16.001 | Сбор анамнеза и жалоб при болезнях пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки | 1 | 1 |
| A01.16.002 | Визуальное исследование при болезнях пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки | 1 | 1 |
| A01.16.003 | Пальпация при болезнях пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки | 1 | 1 |
| A01.16.004 | Перкуссия при болезнях пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки | 1 | 1 |
| A01.16.005 | Аускультация при болезнях пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки | 1 | 1 |
| A02.12.001 | Измерение частоты пульса | 1 | 1 |
| A02.12.002 | Измерение артериального давления | 1 | 1 |
| A03.16.001 | Эзофагогастродуоденоскопия | 1 | 1 |
| A08.05.003 | Исследование уровня эритроцитов | 1 | 1 |
| A08.05.004 | Исследование уровня лейкоцитов в крови | 1 | 1 |
| A08.05.006 | Соотношение лейкоцитов в крови (подсчет формулы крови) | 1 | 1 |
| A08.05.009 | Определение цветового показателя | 1 | 1 |
| A08.16.004 | Исследование материала желудка на наличие хеликобактериоза | 1 | 1 |
| A08.16.002 | Морфологическое исследование препаратов тканей желудка | 0,1 | 1 |
| A08.16.003 | Морфологическое исследование препаратов тканей двенадцатиперстной кишки | 0,1 | 1 |
| A09.05.003 | Исследование уровня общего гемоглобина в крови | 1 | 1 |
| A09.19.002 | Исследование кала на скрытую кровь | 0,05 | 1 |
| A12.05.001 | Исследование оседания эритроцитов | 0,01 | 1 |
| A06.16.002 | Рентгеноскопия желудка и двенадцатиперстной кишки | 0,4 | 1 |
| A09.16.004 | Внутрижелудочное определение концентрации водородных ионов в желудочном содержимом (рН) | 0,5 | 1 |
| A04.14.002 | Ультразвуковое исследование желчного пузыря | 0,8 | 1 |
| A04.15.001 | Ультразвуковое исследование поджелудочной железы | 0,8 | 1 |
| A11.16.002 | Биопсия желудка с помощью эндоскопии | 0,1 | 1 |
| A11.16.003 | Биопсия 12-перстной кишки с помощью эндоскопии | 0,1 | 1 |

2.1. ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА 14 ДНЕЙ

| Код | Наименование | Частота предоставления | Среднее количество |
|------------|---|------------------------|--------------------|
| A01.16.001 | Сбор анамнеза и жалоб при болезнях пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки | 1 | 1 |
| A01.16.002 | Визуальное исследование при болезнях пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки | 1 | 1 |
| A01.16.003 | Пальпация при болезнях пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки | 1 | 1 |
| A25.16.001 | Назначение лекарственной терапии при заболеваниях пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки | 1 | 1 |
| A25.16.002 | Назначение диетической терапии при заболеваниях пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки | 1 | 1 |
| A25.16.003 | Назначение лечебно-оздоровительного режима при заболеваниях пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки | 1 | 1 |

| Фармакотерапевтическая группа | АТХ группа* | Международное непатентованное наименование | Частота назначения | ОДД** | ЭКД*** |
|---|--|--|--------------------|--------|--------|
| Средства для лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта | | | 0,8 | | |
| | <i>Антациды</i> | | 0,3 | | |
| | | Алгелдрат + гидроксид магния | 1 | 40 мл | 560 мл |
| | <i>Прокинетики</i> | | 0,7 | | |
| | | Домперидон | 1 | 30 мг | 420 мг |
| | <i>Блокаторы H₂-гистаминовых рецепторов</i> | | 0,1 | | |
| | | Ранитидин | 0,5 | 300 мг | 4,2 г |
| | | Фамотидин | 0,5 | 40 мг | 560 мг |
| | <i>Блокаторы протонного насоса</i> | | 0,7 | | |
| | | Омепразол | 0,25 | 20 мг | 280 мг |
| | | Рабепразол | 0,25 | 20 мг | 280 мг |
| Антибактериальные средства | | | 0,3 | | |
| | | Амоксициллин | 0,5 | 2 г | 14 г |
| | | Кларитромицин | 0,5 | 1 г | 7 г |
| Противопаразитарные средства | | | 0,3 | | |
| | | Метронидазол | 1 | 1 г | 7 г |

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

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 врачей 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**

РЕЗОЛЮЦИЯ

Заседания Президиума Формулярного комитета РАМН 16.03.2007 года

На заседании Президиума Формулярного комитета присутствовало 23 человека, включая Председателя (Воробьев А.И.), заместителя Председателя (Воробьев П.А.), членов Формулярного комитета (15 человек), приглашенных лиц, включая представителей прессы и фармацевтических компаний (6 человек).

Повестка дня заседания включала следующие вопросы: уроки программы дополнительного лекарственного обеспечения; рассмотрение Перечня жизненно необходимых лекарственных средств Формулярного комитета, применяемых в педиатрии (Педиатрический формуляр Формулярного комитета); рассмотрение Перечня лекарственных средств, применяемых в амбулаторно-поликлинических условиях (Амбулаторный формуляр Формулярного комитета); информация о ходе работ по подготовке 3-го издания Справочника лекарственных средств Формулярного комитета; рассмотрение предложений о включении/исключении лекарственных средств в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств и Перечень жизненно необходимых лекарственных средств Формулярного комитета; рассмотрение предложений о включении лекарственных средств в Перечень редко применяемых медицинских технологий Формулярного комитета.

Следует признать критической ситуацию, сложившуюся в сфере обеспечения льготных категорий граждан лекарственными средствами. Имеет место значительный дефицит бюджетных средств, выделенных на программу в 2006-2007 гг., отказ льготников от получения лекарств и предпочтении ими денежных компенсаций, наличие в перечне большого числа неэффективных препаратов, клинко-экономическая несостоятельность перечня.

Формулярный комитет РАМН, поддерживая необходимость экстренных мер, предпринимаемых Правительством Российской Федерации по нормализации ситуации в лекарственном обеспечении населения страны и осознавая свою сопричастность проблеме лекарственного обеспечения, предлагает:

1. Немедленно изъять из перечня лекарственных средств, по которому осуществляется лекарственное обеспечение в программе ДЛО, устаревшие препараты с недостаточной эффективностью — церебролизин, триметазин, хондроэтинсульфат, винпоцетин, пирасетам, фенотропил, арбидол, ремантадин, валидол, инозин, валокордин и др., в том числе отпускаемые без рецепта;

2. Увеличить финансирование Государственной программы лекарственного обеспечения до 75 миллиардов рублей;

3. Распространить систему лекарственного обеспечения, отработанную на логистической модели дополнительного лекарственного обеспечения, на все население страны вне связи с инвалидами и льготами, имея в виду соблюдение законных прав граждан согласно статье 41 Конституции РФ и реализацию принципа справедливости;

4. Ввести систему референтных цен на лекарства, дотируемые государством: установление единой цены для всех генериков лекарственного средства, по которой производится компенсация государством;

5. Оплачивать поставщикам лекарственных средств и аптечным организациям только услуги по транспортировке, хранению и выдаче лекарственных средств пациентам, взамен получения ими прибыли от торговой наценки;

6. Ввести систему софинансирования населением лекарственных средств в случае получения лекарств по ценам выше референтных;

7. Разработать государственную программу лекарственного обеспечения больных с редкими и особо дорогостоящими заболеваниями (хронический миелолейкоз, лимфо-

мы и лимфосаркомы, миеломная болезнь и другие парапротеинемические гемобластозы, острые лейкозы, дефицит факторов VII, VIII, IX, Виллебранда, муковисцидоз, гипопизарный нанизм, трансплантация органов, инсулинозависимый сахарный диабет, порфирия, болезнь Гоше и др.), имея в виду жизненную необходимость непрерывного лекарственного обеспечения на стационарном и амбулаторном этапе лечения;

8. Повсеместно осуществлять контроль за выпиской рецептов и назначением рецептурных, дотируемых государством лекарственных средств строго в соответствии со стандартами медицинской помощи;

9. Принимать решения по программе лекарственного обеспечения открыто, гласно, с использованием признанных международных принципов и правил — медицины доказательств, экономических показателей, ежеквартально публиковать в открытой печати статистические данные и анализ положения системы лекарственного обеспечения в стране.

Формулярный комитет по-прежнему видит своей основной целью формирование научного отношения к рациональному выбору и использованию медицинских технологий, к обеспечению качества медицинской помощи.

Формулярный комитет признает удовлетворительной работу экспертов по формированию Педиатрического и Амбулаторного формуляров Формулярного комитета РАМН. После некоторой доработки, вышеуказанные формуляры необходимо опубликовать в Справочнике лекарственных средств Формулярного комитета 2007 года, обозначив методологию их составления.

Формулярный комитет, совместно с МОО «Общество фармакоэкономических исследований», в июле 2007 года выпускает в свет 3-е издание Справочника лекарственных средств Формулярного комитета. По сравнению с предыдущими изданиями в Справочник будут внесены вновь разработанные формулярные статьи, актуализированы, в части позиций по эффективности и фармакоэкономике, ранее разработанные формулярные статьи. Кроме того, в Справочнике будут опубликованы разработанные в 2007 году перечни — Педиатрический и Амбулаторный формуляры, скорректированы, исходя из поступивших предложений, Перечень жизненно необходимых лекарственных средств и Перечень редко применяемых медицинских технологий Формулярного комитета.

В отношении включения/исключения лекарственных средств в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, Перечень жизненно необходимых лекарственных средств Формулярного комитета и в Перечень редко применяемых медицинских технологий, Президиум Формулярного комитета в целом поддерживает позицию профильных комиссий и считает целесообразным:

- включить фактор свертывания крови VIII + фактор Виллебранда (вилате) во все вышеуказанные перечни;
- исключить Титана аквакомплекс глицеросольвата (тизол) из Перечня жизненно необходимых лекарственных средств Формулярного комитета;
- включить десмопрессин (минирин, эмосинт), ритуксимаб (мабтера), бортезомиб (велкейд), инфликсимаб (ремкейд), а также лекарственные средства, применяемые в отделениях интенсивной терапии, — пропранолол (раствор в ампулах по 1 мг), бривиблок (раствор в ампулах), молсидамин (раствор в ампулах), дилтиазем (раствор в ампулах по 25 мг), актилизе (флаконы по 10 мг), эналаприлат (раствор в ампулах), квинаприлат (раствор в ампулах) в Перечень редко применяемых медицинских технологий;
- не включать лекарственное средство ацетилсалициловая кислота + магния гидроксид (кардиомагнил) в Перечень жизненно необходимых лекарственных средств Формулярного комитета до представления надежных доказательств его эффективности в отношении предотвращения осложнений со стороны желудочно-кишечного тракта.

Национальный стандарт по болезни Паркинсона —

в работе!

27 марта 2007 года в рамках программы разработки Национальных стандартов «Протокол ведения больных» было проведено совещание рабочей группы Технического комитета 466 «Медицинские технологии», принимающей участие в разработке Национального стандарта «Протокол ведения больных. Болезнь Паркинсона». На заседании присутствовали ведущие специалисты в области лечения болезни Паркинсона: Левин О.С., Гехт А.Б., Попов Г.Р., Смоленцева И.Г., Артемьев Д.В., Голубев В.Д. и др.

Обсуждались общие вопросы работы Технического комитета «Медицинские технологии», ключевые проблемы разработки Национального стандарта «Протокол ведения больных. Болезнь Паркинсона». Было решено добавить в Протокол несколько новых моделей, а именно — модель поздней стадии (амбулаторно-поликлиническая помощь,

рассчитанная на 6 месяцев); модель паркинсонизма при других заболеваниях, кроме лекарственных; модель лекарственного паркинсонизма. Также решено было добавить в Протокол сестринский уход при данном заболевании. Разработчиками данного Протокола решено изменить название существующего на данный момент нормативного документа на «Протокол ведения больных. Болезнь Паркинсона и паркинсонизм при других заболеваниях». В новой редакции Национального стандарта «Протокол ведения больных. Болезнь Паркинсона» будут освещены вопросы нейрохирургической помощи пациентам, страдающим данным заболеванием.

Первая редакция Национального стандарта «Протокол ведения больных. Болезнь Паркинсона» будет представлена в мае 2007 года. Открытое рецензирование документа проводится на сайте Общества фармакоэкономических исследований www.rspor.ru

Ю. Анохина

ИнтерНьюс

Росиглитазон и пиоглитазон чаще вызывают переломы костей у женщин, чем другие противодиабетические лекарства

Производитель препарата авандия (росиглитазон) ГлаксоСмитКляйн выпустил письмо для медицинских работников с разъяснения по поводу данных о безопасности росиглитазона, полученных в исследовании ADOPT (полностью текст письма доступен по адресу: http://www.fda.gov/medwatch/safety/2007/Avandia_GSK_Ltr.pdf). В этом исследовании пациенты с сахарным диабетом 2 типа на протяжении 4-х лет получали один из следующих лекарственных средств: росиглитазон, метформин, глибурид. После анализа данных о частоте нежелательных побочных эффектов выяснилось, что среди женщин в группе росиглитазона были отмечены переломы костей у 60 человек (9,3%), в группе метформина — у 30 человек (5,09%), и у 21 женщины 3,47% из группы глибурида. В основном у женщин, получавших росиглитазон, наблюдались переломы костей плеча, кисти и стопы. Эта локализация отличается от локализации при переломах, связанных с остеопорозом в постменопаузе (бедренная кость, позвоночник). Частота этих переломов не различалась между группами.

В настоящее время по просьбе компании-производителя независимый экспертный коллектив производит экспертизу данных другого исследования росиглитазона на предмет повышения числа переломов костей у женщин. Администрация США по контролю за продуктами питания и лекарственными средствами (FDA) призывает медицинских работников оценивать риск переломов костей при назначении росиглитазона для лечения диабета 2 типа у женщин.

В это же самое время производитель актоса (пиоглитазон) Текеда выпустил письмо, в котором сообщается о большей частоте переломов костей у женщин, принимающих пиоглитазон, по сравнению с женщинами, принимающими другие противодиабетические лекарства (полностью текст письма доступен по адресу: <http://www.fda.gov/medwatch/safety/2007/Actosmar0807.pdf>). Пиоглитазон и росиглитазон относятся к одному классу — средствам тиазолидиндионного ряда. В специально проведенном исследовании с акцентом на переломы костей, частота последних составила 1,9 переломов на 100000 человеко-лет в группе пиоглитазона и 1,1 переломов на 100000 человеко-лет в группе других противодиабетических препаратов.

Следует отметить, что оба этих лекарственных средства присутствуют на российском рынке.

Источник:
Medwatch Newsletter

Досрочное прекращение исследования интерферона гамма 1-b при идиопатическом фиброзе легких

Администрация США по контролю за продуктами питания и лекарственными средствами (FDA) заявила о досрочном прекращении исследования препарата актиммун (интерферон гамма 1-b) у пациентов с идиопатическим фиброзом легких (исследование INSPIRE). После проведения анализа выживаемости оказалось, что среди пациентов, принимающих актиммун, умерли 14,5% по сравнению с 12,7% в группе плацебо. Исследование INSPIRE проводилось для выяснения эффективности интерферона гамма 1-b у пациентов с умеренным или тяжелым идиопатическим фиброзом легких. На время досрочного прекращения исследования (28 февраля 2007 г.) в него было включено 826 пациентов. Из них умерло 115.

Источник:
Medwatch Newsletter

ИнтерНьюс

Противопаркинсонический препарат перголид изымается с рынка США

Администрация США по контролю за продуктами питания и лекарственными средствами (FDA) заявила о том, что производители противопаркинсонического препарата перголид начинают добровольное изъятие его с рынка США. Два новых исследования, опубликованных в *New England Journal of Medicine*, показали значительное увеличение риска поражения клапанов сердца у пациентов, принимающих перголид, по сравнению с пациентами, принимающими плацебо. Перголид относится к группе стимуляторов дофаминовых рецепторов и используется (чаще в сочетании с леводопой и карбидопой) для лечения болезни Паркинсона и синдрома паркинсонизма. Ранее в 2006 г. в инструкцию к препарату было добавлено предупреждение о повышенном риске поражения клапанов сердца («black bow warning»). Последние два исследования только подтвердили эту информацию. Так как при болезни Паркинсона имеется альтернативное лечение с лучшим профилем безопасности, производители оригинального препарата пермакса и его генериков начали приостановку его продажи и совместные с FDA работы по изъятию его с рынка. FDA рекомендует медицинским работникам оценить необходимость дальнейшей терапии пациентов с болезнью Паркинсона перголидом, при необходимости продолжить терапию дофаминовыми агонистами — перейти к использованию другого лекарственного средства этого класса. Также отмечается, что отмена или замена препарата должна быть постепенной.

Хочется отметить, что на российском рынке присутствует оригинальный препарат пермакс. Вряд ли стоит надеяться, что отечественные органы фармаконадзора реагируют на новые публикации, касающиеся безопасности лекарств. Поэтому практически врачам необходимо самостоятельно отслеживать информацию об изъятии препаратов с рынков других стран, чтобы обеспечить безопасное и эффективное лечение пациентов.

Источник:
Medwatch Newsletter
Собственная информация

Тромбоземболия по время авиаперелетов — факторы риска известны!

Всем известно, что продолжительные воздушные полеты связаны с повышением риска венозной тромбоземболии. Однако факторы риска и частота тромбозов остаются до конца невыясненными. Авторы систематического обзора, опубликованного в *Society of General Internal Medicine*, попытались ответить на эти вопросы. На сегодняшний день опубликованы результаты 25 исследований (6 исследований «случай—контроль», 10 когортных исследований и 9 рандомизированных контролируемых исследований). По результатам обзора оказалось, что использование ультразвуковой техники по сравнению с клиническим обследованием повышает вероятность обнаружения тромбоземболии (и это очевидно) — отношение шансов 390. Перелеты длительностью менее 6 часов значительно более безопасны, нежели полеты продолжительностью 6—8 часов и более (отношение шансов 0,011). Также пассажиры, отнесенные в группу высокого риска развития венозных тромбозов, имеют шансы развития тромбозов, в 3 раза превышающие таковые у лиц из группы низкого риска (отношение шансов — 3,6). Использование компрессионных чулок достоверно снижает риск развития венозных тромбозов. Аспирин оказался неэффективным для этих целей. Низкомолекулярный гепарин имел положительный, но статистически недостоверный тренд в сторону снижения риска тромбоземболии.

Источник:
Society of General Internal Medicine

Каждый профессиональный круг специалистов в любой области стремится отстаивать принятые для этой области понятия качества. Только так можно сохранить и развивать профессию. Недавно при просмотре подборки новых выпусков журналов и газет попала на глаза статья «ОРВИ: о чем нужно помнить при подборе препарата», авторы д. ф. н., проф. Р.И. Ягудина и к. м. н. Л.К. Овчинникова в издании «Российские аптеки» №10/2 за 2006 год. Понял, что придется писать «злую» статью...

Авторы обсуждают острые респираторные **ВИРУСНЫЕ** инфекции. По-видимому, авторы считают, что можно определять этиологию заболевания «на глаз» — вирусы или нет (кстати, и в МКБ-10 это называется острые респираторные инфекции верхних дыхательных путей). Ну да ладно, вирусные, так вирусные.

Далее авторы сразу ставят все точки над *i*: «на фоне простуды часто развиваются ринит, кашель, чихание, першение в горле, головная боль и др., что требует соответствующего лечения, часто сочетаемого с иммуностимулирующей и противовирусной терапией. При контакте с больным разумно, не дожидаясь развития инфекции, использовать профилактические ЛС». Вот так — разумно, и все. Не надо исследований, не надо изучения безопасности, не надо экономических расчетов! Нам и так все ясно! Также в кучу смешанными получаются и два совершенно самостоятельных направления — профилактика острых респираторных заболеваний (ОРЗ) и их лечение. Но для авторов это не проблема.

В разделе «Этиотропная терапия» для профилактики и лечения ОРЗ предлагаются следующие препараты: дезоксирибонуклеат натрия, витамин-М (биологически активные вещества из пчелиного меда), тилорон, арбидол, цитовир-3, кагоцел, эхинацеи пурпурной травы сок, антигриппин-максимум.

Пойдем по порядку. В Институте независимой оценки медицинских технологий (www.rspor.ru) был выполнен обзор по эффективности дезоксирибонуклеата натрия. Не было найдено ни одного исследования приемлемого качества, оценивающего эффект лекарственного средства. В списке представлено несколько стимуляторов эндогенного интерферона. В Кокрейновском Сотрудничестве несколько лет назад был выпущен систематический обзор по эффективности препаратов интерферона для профилактики и лечения простуды. В обзоре не было найдено доказательств эффективности этих лекарств. На сегодняшний день этот обзор не доступен в Кокрейновской библиотеке — не удастся обновить его, так как прежние авторы обладали уникальной неопубликованной информацией, полученной от фирм-производителей.

По эффективности эхинацеи выпущен Кокрейновский систематический обзор, в котором показано, что это средство бесполезно для профилактики и может быть полезно для лечения (9 исследований показали положительный эффект, 1 — положительный, но статистически незначимый тренд, 6 — отсутствие эффекта). Антигриппин-максимум — это комбинированный препарат, содержащий парацетамол, лоратадин, рамантадин, аскорбиновую кислоту, кальция глюконат, рутин. Про арбидол уже устали говорить. В частно-

сти, директор российского отделения Кокрейновского Сотрудничества проф. В.В. Власов опубликовал несколько статей на эту тему. Не исследовался арбидол, и точка! Нельзя использовать у людей не исследованные лекарства. Таким образом, большинство рекомендуемых препаратов не имеют доказательств эффективности.

В разделе «Симптоматическое лечение» видим несколько коммерческих названий лекарств: тетралгин, седалгин-нео, ибупрофен, антигриппин-АНВИ, виброцил, преноксидиазин, трава душицы обыкновенной, граммидин. Что ж, видимо, так легко можно рекомендовать лекарства, содержащие метамизол натрия, по поводу которого уже много лет идут споры, и который запрещен к приме-

нению во многих странах мира.

На развороте читателя ожидает сюрприз — «Алгоритм подбора иммуностимулирующих и противовирусных ЛС» и «Алгоритм подбора симптоматических ОТС-препаратов». Что такое ОТС, может быть понятным не сразу. На ум приходит только английское *over-the-counter*, что означает «безрецептурное». По-видимому, так оно и есть. Наверное, это просто очень удобно — помещать малознакомые английские аббревиатуры в русскоязычную статью, да еще и в название целого алгоритма. Более причудливый и извращенный алгоритм, пожалуй, сложно найти. Расписано все: лечение и профилактика, в зависимости от необходимого фармакологического действия, в зависимости от условий отпуска, симптомов и т. д. Все это с использованием лекарственных средств и биодобавок, описанных ранее. Комментарии излишни.

Друзья! Во-первых, ОРЗ — хотя и является проблемой в той части, что имеет неприятные симптомы и служит причиной пропуска работы или школы, но не является проблемой в области лечения. ОРЗ — не лечится: оно проходит само. Это общепринятая в мире позиция. Всем известен афоризм: «С препаратом А вы болеете простудой 7 дней, без него — неделю». Очень заманчиво выглядит возможность создать лечение. А нужно ли? К тому же, на сегодняшний день попытки создать средство против простуды окончились полной неудачей. Наивно также ждать эффективное лекарство без побочных эффектов. Так что стоит ли свеч игра?

Эффективные простые меры профилактики — мытье рук и ношение маски. Так, недавнее исследование детей в Бангладеш показало, что более частое мытье рук позволяет сократить число случаев ОРЗ наполовину! Также уменьшается и частота развития диареи.

Авторы описываемой статьи позиционируют себя фармакоэкономистами. Это — важная область знаний, достижения которой помогают принимать решения в области здравоохранения. Но фармакоэкономиста использует результаты исследований, в которых оцениваются клинические исходы, а только затем рассчитываются совершенно качественно иные показатели «затраты—эффективность», «затраты—польза» и др. Наполовину ценность этих показателей состоит в клинической эффективности. И всем лицам, занимающимся фармакоэкономикой, нужно это очень четко понимать. Когда в основе лежат псевдонаучные исследования или рассуждения типа «ну мы же знаем, что это помогает» — нет и не может быть фармакоэкономики!

Вы можете помочь здравоохранению и больным

Примите участие в комментировании протоколов ведения больных!

С 1997 года идет создание нормативных документов в области стандартизации и управления качеством в здравоохранении. Для того чтобы обеспечить открытость процесса создания нормативных документов и его высокое качество существует возможность общественного комментирования проектов документов. Впервые комментирование нормативных документов стало возможно в сети Интернет.

На Интернет-сайте Общества фармакоэкономических исследований приведены проекты нескольких протоколов ведения больных, разработка которых ведется Техническим комитетом по стандартизации ТК 466 «Медицинские технологии» Ростехрегулирования. Нозологии, по которым создаются протоколы, включают: болезнь Виллебранда, пролежни, частичное отсутствие зубов, полное отсутствие зубов, железодефицитная анемия, болезнь Пар-

кинсона, эпилепсия, лейомиома матки, инсульт, рассеянный склероз, гемофилия. Для того, чтобы прокомментировать документ или внести предложения, необходимо заполнить специальную анкету. В соответствии с правилами государственной системы стандартизации по результатам рецензирования нормативного документа составляется сводка отзывов. Каждое предложение и замечание рассматривается в отдельности, по каждой позиции принимается обоснованное решение. Информация о результатах рецензирования представляется вместе с другими документами в Федеральное агентство по техническому регулированию и метрологии в ходе утверждения проекта национального стандарта.

Все проекты протоколов ведения больных доступны по адресу: www.rspor.ru

ЛИЧНОСТЬ

Рассказывать об отце мне, дочери, проще и ближе как о любимом, родном человеке. Однако жизнь отца — это жизнь известного, и не только в медицинской среде, ученого, талантливого врача, академически образованного русского интеллигента.

Отец не совсем соответствовал рамкам своей эпохи. Несмотря на врачебную службу в качестве заведующего отделением и заведующего кафедрой в самом приближенном к власти медицинском учреждении страны — Кремлевской больнице, он никогда не был партийным. В его воспитании, манерах, образе жизни, отношении к женщине было что-то от человека века минувшего. Конечно, это было обусловлено и генетикой, и воспитанием, полученным в семье.

Владимир Владимирович Сура

М. Сура

Отец родился 14 июля 1927 года в Москве в медицинской семье. Его отец, мой дед — Владимир Альбертович Сура, закончил медицинский факультет Московского университета в 1914 году, затем ушел на фронт, где в качестве зауряд-врача (по большей части хирурга) участвовал сначала в I мировой, а затем и в Гражданской войне. После демобилизации работал в Пастеровской лаборатории подмосковного отделения института инфекционных болезней им. И.И. Мечникова в с. Петрово-Дальнем (сейчас это акционерное общество биологических медицинских препаратов «Биомед» им. И.И. Мечникова). Семья деда была родом из Германии — мой прадед перебрался в Россию в середине 19-го века. Это была зажиточная семья, правда, не из высокого сословия, давшая детям хорошее образование: у Владимира Альбертовича было 3 брата и все они закончили высшие учебные заведения. Владимир Альбертович владел 3-мя иностранными языками: на немецком и русском говорили в семье, а французский и английский он изучал в школе и университете.

Судьба моего деда сложилась трагически: в 30-м году он был арестован и постановлением коллегии ОГПУ осужден за контрреволюционную деятельность (без указания статьи УК РСФСР). Ему была назначена высшая мера наказания — расстрел с заменой 10 годами исправительно-трудовых лагерей. Через 2 года он вернулся из лагерей совершенно здоровым человеком — фактически его отпустили умирать (дело в отношении него было прекращено за отсутствием состава преступления). Несколько месяцев он проработал еще в Мечниковском институте, и в 33-ем его не стало. Отец хорошо помнил моего деда, хотя ему в 33-м было всего 6 лет. Детские воспоминания дополняли и рассказы матери, воспоминания родных дядек, которых, к счастью, не коснулись страшные репрессии 30-х годов.

При аресте деда изъяли много ценных семейных реликвий, включая золотое оружие, ордена Российской Армии, которыми дед был награжден в Первую мировую войну, любимый цейссовский микроскоп.

Мой отец бережно хранил документы, оставшиеся от деда. До сих пор в нашем семейном архиве сохранилась трудовая книжка деда, тогда она называлась трудовой список. Необычна последняя запись послужного списка: «погиб от инфекции, полученной в результате самоотверженной работы, расходы по погребению берет на себя институт, выдать семье покойного пособие в размере месячного оклада 300 рублей, относя эти расходы за счет института»... Многие сотрудники Института в те годы побывали в лагерях — кто-то вернулся, кто-то остался в безымянных могилах, директор Института профессор Коршун С.В., ученик И.И. Мечникова, покончил жизнь самоубийством в тюрьме в 1931 году. Репрессии начались много раньше 37-го года — «дело микробиологов» — это начало 30-х, старт кровавого рубища лучших представителей отечественной науки.

Владимира Альбертовича считают чуть ли не основателем первых отечественных сывороток. В основанном в 1919 году с целью, прежде всего, борьбы с тифом, в Мечниковском институте были сосредоточены крупные специалисты, многие из которых получили образование в Пастеровском институте в Париже. Очевидно, не сложилась жизнь деда столь трагично, он много бы мог передать своему сыну научного багажа врача-ученого. Хотя дед в жизни отца незримо всегда присутствовал. Папа собрал все возможные документы о деде, регулярно посещал Институт в Петрово-Дальнем, передавал фотографии, документы из личного архива в музей Мечниковского института, нас с братом туда водил. Для него было важно, чтоб мы любили и чтили память деда.

Мать отца, моя бабка, Мария Михайловна, урожденная Гурьева, родом из купеческой старообрядческой семьи,

пережила своего мужа на 26 лет. Еще до революции она закончила фельдшерско-акушерскую школу в Москве и работала в грудном отделении Русаковской детской больницы.

Всю войну Мария Михайловна с моим отцом провели в Москве. Мальчишкой он вместе с друзьями тушил зажигательные бомбы на крышах домов, ездил за город за мерзлой кониной. Отец не сомневался в выборе профессии, Московский медицинский институт он закончил в 1949 году. После института была аспирантура в Институте терапии АМН СССР в группе академика Евгения Михайловича Тареева. Научная деятельность отца на протяжении многих лет была тесным образом связана с Е.М. Тареевым. В 26 лет отец защитил кандидатскую диссертацию и был назначен на должность ассистента кафедры терапии санитарно-гигиенического факультета 1-го Московского медицинского института, и в этой должности проработал до 1962 года. Потом научная деятельность в течение 2-х лет в Новосибирске — отец работал в Институте экспериментальной медицины и биологии Сибирского отделения Академии наук СССР. Там он приступил к написанию докторской диссертации «Адьювантная болезнь и некоторые вопросы патогенеза системной красной волчанки». В 1964-ом он вернулся в Москву и продолжил работу в группе академика Е.М. Тареева, в 1970 году защитил докторскую, уже работая старшим научным сотрудником. Проработал он там до 1975 года.

В нашей семейной библиотеке и архиве сохранилось множество книг Е.М. Тареева, его фотографий с отцом и даже любопытная характеристика, написанная академиком на отца. Среди множества хвалебных фраз есть и достаточно любопытная «...печатные работы В.В. Сура не так многочисленны, вероятно, в значительной степени в силу его строгого отношения к печатному слову».

Хотя отец был терапевтом широкого профиля, его главным интересом была нефрология. В 1975 году его пригласили заведовать нефрологическим отделением и кафедрой иммунологии и ревматологии в Центральную клиническую больницу, больше известную как «Кремлевка» (этого отделения, кафедры до прихода отца в ЦКБ не было, фактически, отделение создавалось им самим).

В 1983 году группа Е.М. Тареева, и мой отец в том числе, получили Государственную премию за фундаментальные исследования в области амилоидоза.

К сожалению, отец не оставил после себя научной школы. Были достойные ученики, клиницисты с самостоятельным научным мышлением, прекрасные диссертации, защищенные под руководством отца. Однако многие ученики ушли в бизнес, такое было время. Он их отпускал-благовословлял, понимая, что ситуация в стране критическая и людям надо как-то выживать.

Работая в «Кремлевке», отец общался, лечил многих ведущих политических деятелей нашей страны. Он хорошо знал Юрия Владимировича Андропова, участвовал в его лечении. Отец хорошо отзывался об Андропове и оценивал его как умного, образованного человека. В семейном архиве со-



В.А. Сура в годы Первой мировой.



В.В. Сура — 70-летний юбилей.

хранились поздравительные письма Андропова: к каждому празднику он обязательно присылал отцу поздравления. Вообще, в отличие от многих предшественников и преемников, Андропов помнил и ценил врачей, уважал их труд, общался с ними как самый обычный смертный.

Отец участвовал в лечении и известных политических деятелей дружественных нам в то время зарубежных стран. В 1978 году он с группой советских врачей, в их числе был и А.И. Воробьев, лечил президента Алжира Хуари Бумедьена.

ИнтерНьюс

Хватит пересаживать по 2-3 эмбриона

Управление по оплодотворению и эмбриологии человека Великобритании намерено отказаться от практики пересаживания 2 или 3 эмбрионов во время операции искусственного оплодотворения. Достаточно пересадки одного эмбриона, как это делают в Финляндии, Швеции, Бельгии и Голландии. Своё требование специалисты объясняют высоким процентом выживаемости всех пересаженных эмбрионов, что приводит к многоплодной беременности и сложным родам, а это негативно отражается на здоровье матери и детей. В 2002—2003 г. четверть операций искусственного оплодотворения закончилась рождением близнецов. Рождение двойни или тройни влечет за собой увеличение материальных затрат как самих родителей, так и Национальной системы здравоохранения. По оценкам экспертов, содержание тройни в первый год жизни обходится в 10 раз дороже, чем одного ребенка. В Королевском колледже акушеров и гинекологов считают, что результаты искусственного оплодотворения должны быть максимально приближены к тому, что происходит при естественном зачатии.

Источник: Medportal.ru

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 сбои. Дошло до того, что 74% опрошенных американцев стали жаловаться на свои электронные машины родственникам и друзьям, пытаясь найти у них сочувствие и понимание. В самом одушевлении 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 подчинен 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 цельное, индивидуальное. Это касается и семьи, и работы, и развлечений. Отечественные психологи считают, что проблемы кроются не в компьютерах, а в самом общении. 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 боятся от этой глобальной проблемы, уверяют эксперты, хотя повод для беспокойства все же имеется.

Источник: www.newsru.com

Продолжение на стр. 10

ИнтерНьюс

У мужчин с метаболическим синдромом максимален кардиопротективный эффект алкоголя

Д-р И. Джиглеукс (Институтнутрицевиков и функциональных продуктов, Квебек, Канада) проанализировал данные 1966 мужчин — участников исследования Quebec Cardiovascular Study. У 29% имелся метаболический синдром, по критериям National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III. Исходно никто из мужчин не страдал коронарной болезнью, однако за 13 лет наблюдения у 163 участников развился нефатальный инфаркт миокарда, и еще 56 умерли от коронарных заболеваний. У мужчин с максимальным потреблением алкоголя (4-ая квартиль, потребление не менее 15,2 г этанола в день) были повышены плазменные уровни холестерина липопротеинов высокой плотности по сравнению с участниками из 1-ой квартили (<1,3 г/сут): 1,14 против 0,96 ммоль/л соответственно. Кроме того, в 4-ой квартили были ниже плазменные уровни инсулина, С-реактивного белка и фибриногена, чем у лиц из 1-ой квартили: 69,6 против 78,1 пмоль/л, 3,61 против 3,81 мг/л, 3,89 против 4,28 г/л соответственно. После поправки на коронарные факторы риска оказалось, что потребление более 15,2 г алкоголя в день снижает 13-летний риск коронарной патологии на 39%. Употребление меньших количеств алкоголя повышало риск коронарной патологии у мужчин с метаболическим синдромом (ОР 2,24), но не у лиц без метаболического синдрома (ОР 1,31). Таким образом, закономерно возникает вопрос: можно ли рассматривать потребление алкоголя как средство профилактики коронарной болезни у лиц высокого риска с метаболическим синдромом?

Источник:

J. Nutr. 2006; 136: 3027-32

Министерство здравоохранения и социального развития опровергло сообщения о подготовке списка болезней, с которыми будет запрещено работать на государственной службе

Копия документа под названием «О перечне заболеваний, препятствующих поступлению на государственную службу или ее прохождению», якобы разработанного министерством, оказались в распоряжении журналистов Комсомольской правды. По данным газеты, список из более чем 70 пунктов помимо алкоголизма, наркомании и слабоумия включал сахарный диабет 1-го и 2-го типов, тотальный гипопитуитаризм (карликовость), акромегалию (гигантизм), хроническую почечную недостаточность и ряд других болезней, по-видимому, не связанных с невозможностью занимать ответственные государственные посты. Несколько позже помощник Михаила Зурабова Елена Волохова опровергла информацию о подготовке перечня. «Такого документа нет», — сказала она в интервью Интерфаксу, добавив, что сейчас при поступлении на работу в госучреждение гражданин должен представить обычную медицинскую справку. Впрочем, в интервью «Эху Москвы» бывший министр труда и социального развития Александр Починков заявил, что подобные списки всегда существовали — как в советские времена, так и в постсоветской России. «Однако принципиальное отличие в том, что именно в них прописано», — добавил Починков.

В нашей стране существовали инструкции по набору, например, в «органы», созданные в ведомстве Берии. Читать эти «инструкции» без дрожи невозможно, они содержат такие пассажи, как «пятна ведьмы» и др. Одновременно очевидно, что нужны ограничения, например, для службе в армии или в других силовых ведомствах, но госслужба не может быть «закрыта» для диабетиков, нефритиков и других больных без патологии ментальных функций.

Источник:

Medportal.ru, собственные данные

Начало на стр. 9

Насколько я знаю, он был неизлечимо болен. Сопровождал отца Бумедьена и на родину в Алжир, где пробыл немного больше месяца до самой смерти президента. Там была непростая политическая ситуация: умирающий президент, смена власти, советские врачи...

Но не только «политика» присутствовала в жизни отца. Благодаря работе в «Кремлевке», отцу посчастливилось быть лично знакомым с выдающимися деятелями науки, культуры. Среди них был и академик Б.В. Раушенбах — один из создателей ракетно-космической техники в СССР, и композитор Г.В. Свиридов, и балерина Н.И. Бессмертнова, и многие другие. С академиком Б.В. Раушенбахом отца связывала не только «болезнь», но и немецкая проблема — воссоздание Республики немцев Поволжья. В своей книге «Постскриптум» Б.В. Раушенбах вспоминает об отце.



Академик Е.М. Пареев с сотрудниками и зарубежными гостями (2-й слева В.В. Сура).

Отец не любил рассказывать дома о пациентах и диагнозах. Вообще медицинской темы в семье не было. И моя мама (она тоже врач) с ним крайне редко консультировалась по медицинским вопросам. Такое впечатление, что работа забирала все силы, и дома ему хотелось отдохнуть от «болезней». Общение с бумагами, книгами, печатной машинкой дома он переносил, но обсуждения — крайне редко.

Я родилась, когда папе было 48 лет и он был уже доктором наук. Значимость отца, как редкого, известного врача, я чувствовала с ранних лет. Несмотря на свою занятость, отец всегда находил время на семью, детей. Он мог веселиться и веселить, дурачиться и быть серьезным, играть с детьми и решать уравнения по математике, задачки по физике. Человеком он был позитивным, он любил жизнь во всех ее проявлениях, ему было не свойственно уныние. Оно наступало только во время болезни, а болел он тяжело, сердце часто не стучало в унисон с жизнью. В редких случаях, критических ситуациях он позволял себе госпитализацию. А так, несмотря на часто плохое самочувствие, бежал на работу, мчался на консультации, а будучи уже пожилым человеком, по активности мог соперничать с молодыми. Вообще он спешил жить, говоря: «пока я работаю — я живу».

Отец ориентировался и мог помочь в любой области медицины. Такое впечатление, что это было какое-то особенное поколение, не то они фундамент знали настолько хорошо, что он позволял дальше развиваться, понимать и решать проблему комплексно... У них было понимание того, что хороший врач должен все время читать, учиться и думать... Отец читал много, в том числе и зарубежную литературу. Перелистывая программку какого-то зарубежного конгресса, в котором участвовал отец и его коллеги, я обнаружила, что она полностью проштудирована — напротив практически каждого доклада было отмечено, кто должен его посетить, каждый ведь не мог везде успеть... Это были люди, которые привозили знания! Отец много поехал по стране, бывшему СССР, в том числе летал и по санавиации, да и по миру было много командировок.

Отец совершенно не мог просить ни за кого, особенно за себя и близких, был очень принципиальным человеком, во многом бескомпромиссным.

Я не помню отца в безделье, он все время что-то делал. На даче, даже с его сердцем, он рубил, пилил, мастерил, красил. У него по многу лет не было отпусков. Ему это было неинтересно. Культа отца в нашей семье не было — было уважение и к отцу и к матери. Мама ценила и щадила отца, была его великим помощником, соратником, часто выполняющая роль его личного врача. И тогда и сегодня мама активно работала (вот уже более 30 лет она работает в клинике им. Е.М. Тареева), при этом были двое детей, домашние заботы, очереди в магазинах...

Дома часто раздавались звонки и от пациентов, и от диссертантов и от сотрудников, из журнала — он был членом редколлегии журнала «Терапевтический архив». В периоды лечения тяжелых пациентов отец не расставался с мультитоном, в любое время дня и ночи его могли вызвать на консультацию. Очень хорошо помню свои детские ощущения: ночью

просыпаюсь, вижу, что свет горит, мама ходит, папу собирает, вызвали, надо спешить... Приезжали за отцом и на дачу, а это 120 км от Москвы. Обычная жизнь высококвалифицированного, востребованного специалиста советского времени. Воспоминания детства — черная «Волга» с «мигалкой», если «добрый» шофер, то можно покрутить руль и понажимать на педали.

Больной для отца был как книга, которую нужно внимательно читать, анализировать, перечитывать. Он нам, детям, студентам медицинского ВУЗа говорил: «лекарственная терапия — это, конечно, важно, но важнее и много сложнее — это правильный диагноз, поиск причины болезни». Но 20 лет назад и выбор эффективных препаратов был не столь велик. Наука отца — это наука экспериментатора и практика — лаборатория, животные, модели, пациент, что сегодня редко встретишь в среде врачей-клиницистов. Сейчас много проше — препарат А, препарат Б — вот и вся «наука».

Несмотря на специфику работы в «кремлевской» медицине, отец оставался простым, доступным человеком. Ему всегда был интересен человек, личность, а не его положение в социуме. В молодости отец профессионально занимался боксом, потом было увлечение байдаркой, охотой. От охоты он отказался после того, как подстрелил орла (раньше были утки, вальдшнепы), видимо, это оказалось для него немалым психологическим потрясением. Еще одна страсть отца — скорость, автомобиль. Всю жизнь он был за рулем (сначала мотоцикла, потом автомобиля), водил он филигранно — быстро и интеллектуально, красиво, абсолютно профессионально. Разумный риск — это про него.

Умер отец у постели больного. Это была суббота, 31 августа 1998 года. Я помню этот день: отец хорошо себя чувствовал, с утра перечитывал Сергея Довлатова, хихикал, а я тихо радовалась: «слава богу, хорошо себя чувствует». Днем уехал на консультацию. Долго не было. Вечером звонок, слышу мамино настороженное «алле», это был конец... Так уйти из жизни дано тоже не каждому.

Его в ЦКБ до сих пор вспоминают. И врачи, и медсестры. Интересно, что старушки-нянечки в отделении после кончины отца сказали, что теперь вот Суры не стало и им не ради кого ездить сюда на работу из Подмоскovie.

Немец по происхождению, отец трепетно относился ко всему, что происходит с немцами в России. В период правления М.С. Горбачева он начал активно заниматься проблемой российских немцев, воссозданием Республики немцев Поволжья. Это была его боль. Он очень много писал, просил. Все без толку. Проблема не решалась — немцы уезжали, земли для поселения не выделялись.



На отдыхе.

Учась в ММА им И.М. Сеченова, приходя на разные кафедры, я видела, что фамилию Сура знают многие педагоги. Общаться на какие-то научные темы с отцом не приходилось, учебников и учителей, тогда казалось, было достаточно. Кроме того, к 4-му курсу я уже поняла, что моя жизнь с клинической медициной не будет связана. Когда я выбрала организационное направление, отец не возражал. Вообще, все дети отца, а у него их четверо (я и три сына), пошли по медицинской стезе. Все братья, двое из которых сводных, работают в клинической медицине. Мой родной брат Владимир, полный тезка моего отца, Владимир Владимирович Сура, педиатр, работает в Филатовской больнице. Другой брат Олег — нефролог, работал на искусственной почке в 7-й больнице у П.А. Воробьева, но он эмигрировал и мы, к сожалению, потеряли с ним контакт. Еще один брат Николай — самый старший, офтальмолог. Интересно, что где-то через 3 года после смерти отца Николай тоже стал работать в ЦКБ, в качестве заведующего офтальмологическим отделением, где работает по сей день. Из нас четверых дети есть только у Володи — дочка Яна, ей еще 6 лет, она пока единственная продолжательница рода Сура. К сожалению, отец не дожил до появления внуков.

Проблема диагностики причин кровоточивости, кровотечений, тромбозов и тромбоэмболий в нашей стране далека от идеальной, если не сказать большего. Лаборатории медицинских организаций не имеют нормального набора методов исследования гемостаза, специализированных лабораторий в стране почти нет — их можно пересчитать по пальцам. А количество таких больных — огромно. Из-за отсутствия диагно-

Практикум по гемостазу (Часть 2)

стики врачи не знают этих заболеваний, а больные не получают необходимого им лечения. Чтобы исправить эту ситуацию, начинаем публиковать практикум по гемостазу. Начнем с простого — как должны быть оборудованы лаборатории, какие методы и зачем там должны выполняться. Эти схемы отработаны за много лет в алтайском центре исследования гемостаза под руководством З.С. Баркагана.

Все многообразие проблем гемостаза с точки зрения лабораторной диагностики можно свести к нескольким блокам:

- Определение природы кровоточивости;
- Оценка риска кровотечений в послеоперационном (послеродовом) периоде для их последующей профилактики;
- Распознавание причин склонности к тромбозам (тромбофилии);
- Оценка риска тромбоэмболий в послеоперационном (послеродовом) периоде для их профилактики;
- Диагностика и оценка степени тяжести ДВС-синдрома;
- Контроль за лечением прямыми и непрямыми антикоагулянтами и антиагрегантами.

В первом выпуске практикума мы познакомили вас с проблемами кровоточивости. Во втором выпуске практикума дадим сведения по диагностике склонности к тромбозам — тромбофилии. Согласно современной отечественной классификации (З.С. Баркаган, утверждена Пленумом президиума РАМН в 1996 г.) выделяют генетически обусловленные (первичные) и приобретенные (вторичные) формы этой патологии. Начнем с диагностики антифосфолипидного синдрома, которая включает комбинацию иммуноферментных (определение аутоантител к кардиолипину и $\beta 2$ -гликопротеину I) и коагулологических исследований (выявление эффектов волчаночного антикоагулянта см. ниже).

Диагностика других форм наиболее часто встречаемых гематогенных тромбофилий проводится с использованием приводимой ниже схемы, которая позволяет в большинстве случаев выявить причину этих нарушений.

Для проведения этих исследований необходимо следующее оборудование: автоматический счетчик клеток крови, полуавтоматический коагулометр, фотометр для биохимических исследований с термостатируемой проточной или сменной кюветой, иммуноферментный анализатор с комплектом прилагаемого оборудования, оборудование для ПЦР-анализа. Вспомогательное оборудование: центрифуга, весы для уравнивания центрифужных пробирок, термобаня (погружной термостат с прозрачными стенками и подсветкой для исследования гемокоагуляции), полуавтоматические пипетки, секундомер, бытовой холодильник.

Для проведения этих исследований необходимо следующее оборудование: автоматический счетчик клеток крови, полуавтоматический коагулометр, фотометр для биохимических исследований с термостатируемой проточной или сменной кюветой, иммуноферментный анализатор с комплектом прилагаемого оборудования, оборудование для ПЦР-анализа. Вспомогательное оборудование: центрифуга, весы для уравнивания центрифужных пробирок, термобаня (погружной термостат с прозрачными стенками и подсветкой для исследования гемокоагуляции), полуавтоматические пипетки, секундомер, бытовой холодильник.

А. Момот

| Ориентировочная схема обследования для распознавания первичных и вторичных гематогенных тромбофилий | |
|--|--|
| Методы | Патология |
| Определение числа эритроцитов в крови | Более $5,0 \times 10^{12}/л$, с повышением уровня гемоглобина (полиглобулия) |
| Реакция оседания эритроцитов (РОЭ) | менее 3 мм/ч |
| Количество тромбоцитов в крови | более $500 \times 10^9/л$ |
| Оценка функции тромбоцитов на агрегометре с использованием таких индукторов, как АДФ, адреналин и коллаген | повышение адгезивно-агрегационных свойств тромбоцитов от нормальных величин |
| АПТВ | гиперкоагуляция* |
| Тромбиновое время | гипокоагуляция при дисфибриногенемиях; влияет гепарин |
| Рептилазное время (аналог — анистроновое время) | гипокоагуляция при дисфибриногенемиях; гепарин не влияет |
| Концентрация фибриногена | свыше 6,0 г/л |
| Активность фактора VIII | свыше 150% |
| Уровень растворимого фибрина (РФ) в плазме (по результатам ортофантролинового теста) и D-димера | РФ свыше 10 мг%, D-димер более 500 нг/мл (результаты несут вспомогательное диагностическое значение для этой схемы, поскольку отражают лишь наличие тромбинемии и при положительном результате на D-димер — присутствии стабилизированного фибрина в циркуляции) |
| Активность антитромбина III | менее 70% |
| Нарушения в системе протейна C (Глобал-тест, Парус-тест) | Нормализованное отношение (НО) менее 0,8** |
| Уровень гомоцистеина в крови | по данным ИФА-анализа выше нормы (норма до 11 мкг/мл) |
| Нарушения фибринолиза (амидолитически или по ИФА-анализу) | снижение плазминогена и его активаторов (ТПА), повышение уровня ингибитора активатора плазминогена (РАI I) |
| ПЦР-диагностика генетических дефектов, способных вызвать тромбозы | наличие мутации Лейден (резистентность фактора Va к активированному протеину C), протромбина G 20210A, фибриногена или метилентетрагидрофолатредуктазы (МТГФР) |

Примечание:
* — кроме гипокоагуляционных форм тромбофилии (антифосфолипидный синдром, дефицит фактора XII, варианты дисфибриногенемий), когда наблюдается удлинение показаний теста.
** — при наличии отклонения определяются активность протеинов C и S (в коагуляционном тесте или с использованием хромогенных субстратов).

ВЫШЛА В СВЕТ НОВАЯ КНИГА!

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, антропозоозы) рассматривается 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 болезней, 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, ГKB № 7,
издательство НЬЮДИАМЕД
E-mail: mtpndm@dol.ru
Подробности на сайтах www.zdravnet.u www.zdravkniga.net

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
- **Чупин 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»

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.zdravnet;
- в издательстве по тел. 8-499-782-31-09; E-mail: mtpndm@dol.ru

в Регионах РФ:

- Астрахань — «Медицинская книга», ул. Кирова, 51
- Владимир — «Книги», ул. Горького, 44
- Волгоград — «Эзоп», ул. Невская, 12-б
- Казань — «Медлитература», ул. 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

В связи со скандалами, потрясающими нашу систему управления здравоохранением, язык не поворачивается писать про то, как должна быть устроена правильная и справедливая система. Кажется, про все необходимое уже писано-переписано. В том числе и про конфликт интересов. И про то, что надо прекратить создавать руководящие документы руками людей, получающих доход от решений, содержащихся в

имуществах генноинженерных инсулинов. Тогда, в 1990-е, огромные расходы на закупки дорогих препаратов инсулинов почти блокировали лекарственное обеспечение населения во многих регионах страны. Зато мажоры фармацевтического рынка получили и получают хорошие доходы от царствования на нашем рынке инсулинов. Загадочным образом многократно объявленное и показанное всем президентам и премьерам России производство русских инсулинов (их обычно с гордостью называют так) почти не заметно на рынке. Наверное, на него трудно пробиться. Кто этому мешает? Возможно, сами заинтересованные руководители здравоохранения. Во всяком случае, руководивший Минздравмедромом в период разрушения промышленности инсулинов Э. Нечаев был даже фигурантом уголовных дел, связанных с производством инсулинов.

раक्टर «писем». Тут же мы видим опубликование рекомендаций академика «всему миру». Текст рекомендаций наводит на размышления. В начале письма говорится, что китайские инсулины были «апробированы». Во втором абзаце говорится уже о проведении клинических испытаний в клиниках Москвы. А «апробация» и «клинические испытания» — это не одно и то же.

Этому письму, в общем-то, грош цена. Подобные письма руководителям здравоохранения в Екатеринбурге или Владивостоке если и нужны для закупок китайского, а не французского инсулина, то только для того, чтобы замаскировать наличие каких-то более серьезных оснований для выбора китайского товара. Хуже другое. Теперь очевидно для всех, что руководителем национального агентства «высоких медицинских технологий», т. е. для руководства работами, связанными с расходованием значительных бюджетных средств, поставлен человек с очевидным конфликтом интересов, имеющим давнюю историю.

От редакции: в личной беседе академик Иван Иванович Дедов выразил крайнее возмущение по поводу публикации фирмой его рабочего письма в качестве рекламы, без всякого согласования с ним. Одновременно задумался над предложением написать опровержение в газету, опубликовав эту статью.

ОБЩИЙ АНАЛИЗ

от В. Власова

БОЛЬШОЙ И НАДЕЖНЫЙ БИЗНЕС?

этих документах. Нельзя, чтобы решение о закупках маммографов и о развертывании программы раннего выявления рака молочной железы с помощью этих маммографов принимали те же «ведущие специалисты», которые эти маммографы разрабатывали и имеют свою долю в бизнесе производства и продажи маммографов.

Всем уже, кажется, известен пример того, как в России была уничтожена промышленность производства инсулинов из животного сырья в то время, как надежные научные данные говорили, что генноинженерные инсулины не лучше и ВОЗ рекомендовала странам с ограниченными ресурсами не переходить на более дорогие генноинженерные инсулины. Это катастрофическое для отечественного здравоохранения решение было обосновано работами коллектива эндокринологического научного центра РАМН. Работами, которые имели низкое методическое качество и, конечно, не доказывали пре-

Теперь восточные конкуренты приобрели поддержку академика И. Дедова. 13 марта 2007 г. в «Фармацевтическом вестнике» опубликовано письмо И. Дедова к руководителям здравоохранения страны и регионов, рекомендующее использовать инсулины некоей китайской компании. Сама по себе подобная безобразная практика в нашей стране всегда существовала. Но она стыдливо носила ха-

ЧЕЛОВЕК И ИНФЕКЦИЯ

Приглашение

«Недержание мочи и мочеполая инфекция»

2 октября 2007 года
Начало в 17.00
Вход по приглашениям

КАРДИОЛОГИЧЕСКАЯ СЕКЦИЯ

Приглашение

«Ревматизм. Мы победили?»

24 мая 2007 года
Начало в 17.00
Вход по приглашениям

АНГИОЛОГИЧЕСКАЯ СЕКЦИЯ

Медицинские книги издательства «НЬЮДНАМЕД»

| | |
|---|--|
| <p>ПРОТОКОЛ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ. БОЛЕЗНЬ ПАРИНСОНА. 2006 г., 184 стр., м.о.</p> <p>Под ред. Новиковой В.Ф., Воробьева П.А. ТОЛКОВЫЙ АНГЛО-РУССКИЙ СЛОВАРЬ терминов, используемых в гематологии и иммунологии. 2006 г., 154 с., м.о.</p> <p>ПРОТОКОЛ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ. ГЕМОФИЛИЯ 2006 г., 120 с., м.о.</p> <p>Под ред. Воробьева П.А. СПРАВОЧНИК ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ФОРМАЛЬНОГО КОМИТЕТА. 2 издание 2006 г., 668 с., т.п.</p> <p>Под ред. Воробьева П.А. СПРАВОЧНИК ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ФОРМАЛЬНОГО КОМИТЕТА. 2 издание 2006 г., CD</p> <p>Андреев Ю.И. МНОГОШЛАХОВАЯ ГЕМОФИЛИЯ. 2006 г., 232 с., т.п.</p> <p>Под ред. Воробьева А.И. ОСНОВЫ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ ТРАНСФУЗИОЛОГИИ. 2006 г., 632 с., т.п.</p> <p>Горюхова С.Г. СУТОЧНОЕ МОНИТОРИНГОВАНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ. ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ. 2006 г., 51 с., м.о.</p> <p>Голин Е.Е., Голин Г.Е. ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ И АССОЦИИРОВАННЫЕ БОЛЕЗНИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ: основы патогенеза, диагностика и выбор лечения. 2006 г., 254 с., т.п.</p> <p>Под ред. Воробьева П.А. ГЕРИАТРИЯ В ЛЕКЦИЯХ ТОМ 2 том1, 2002 г., 440 с., т.п. том2, 2005 г., 470 с., т.п.</p> <p>ПРОТОКОЛ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ «ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ» 2005 г., 76 с., м.о.</p> <p>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.</p> <p>Под ред. П.А. Воробьева КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ. (ОЦЕНКА, ВЫБОР МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ И УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ). 2004 г., 404 с., т.п.</p> | <p>П.А. Воробьев АКТУАЛЬНЫЙ ГЕМОСТАЗ 2004 г., 140 с., т.п.</p> <p>Под ред. П.А. Воробьева СБОРНИК ПРАВОВЫХ И НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ ТРАНСФУЗИОЛОГИИ. 2004 г., 540 с., т.п.</p> <p>В.В. Цурко ОСТЕОАРТРОЗ: ПРОБЛЕМА ГЕРИАТРИИ. 2004 г., 136 с., т.п.</p> <p>СТАНДАРТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ 2004-2006 г. CD</p> <p>НОМЕНКЛАТУРА РАБОТ И УСЛУГ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ 2004 г. CD</p> <p>ПРОТОКОЛ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ. ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГочНОЙ АРТЕРИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИХ И ИНЫХ ИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ. 2004 г., 64 с., м.о.</p> <p>П.А. Бубнова-Рыбкина ГЛАВЫ ИЗ СЕМЕЙНОГО РОМАНА. 2003 г., 228 с., т.п.</p> <p>СБОРНИК ДОКУМЕНТОВ СИСТЕМЫ СТАНДАРТИЗАЦИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ 2003 г., CD</p> <p>П.А. Воробьев АНЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ. 2001 г., 168 с., т.п.</p> <p>Под ред. П.А. Воробьева ЛАБОРАТОРНАЯ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА. СПУТНИК ИНТЕРНИСТА. 2001 г., 288 с., т.п., м.о.</p> <p>Е.В. Петровский ГЕРОНИМ, ДРАМАТИЗМ И ОПТИМИЗМ МЕДИЦИНЫ. 2001 г., 200 с., т.п.</p> <p>Под ред. П.А. Воробьева ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ (ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ). 2000 г., 80 с., м.о.</p> <p>Под ред. Л.М. Горюховой НЕВЕРНЫЕ ГЛАВЫ ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ УРОЛОГИИ. 2000 г., 362 с., т.п.</p> <p>А.И. Воробьев, Г.И. Касарский, В.А. Насонова И.А. КАСИРСКИЙ И ВРЕМЯ. ВОСПОМИНАНИЯ УЧЕНИКОВ И ДРУЗЕЙ. 1998 г., 156 с., м.о.</p> <p>А.И. Воробьев, П.А. Воробьев ДО И ПОСЛЕ ЧЕРНОБЫЛЯ. ПОГЛЕД ВРАЧА. 1996 г., 180 с., м.о.</p> |
|---|--|

Вестник МГНОТ (бесплатное приложение для врачей к журналу «Клиническая геронтология»). Тираж 6000 экз.
Свидетельство о регистрации ПИ № ФС77-19100 от 07 декабря 2004 г.
РЕДАКЦИЯ: Главный редактор П.А. Воробьев
Редакционная коллегия: А.В. Власова (ответственный секретарь), А.И. Воробьев, В.А. Буланова (зав. редакцией), Е.Н. Кочина, Л.А. Положенкова, Т.В. Шишкова, Л.И. Цветкова
Редакционный совет: А.И. Воробьев (председатель редакционного совета), В.Н. Ардашев, А.С. Белевский, Ю.Н. Беленков, Ю.Б. Белоусов, Б.П. Богомолов, И.Н. Бокарев, В.И. Бурцев, Е.Ю. Васильева, В.А. Галин, М.Г. Глезер, Е.Е. Голин, А.П. Голиков, Д.И. Губкина, Н.Г. Гусева, Л.И. Егорова, В.М. Емельяненко, Р.М. Заславская, П.Г. Иванов, В.Т. Ивашин, А.В. Калинин, А.В. Калыев, С.В. Карлова, М.И. Кечер, А.И. Кириченко, 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. Насонова, В.А. Насонова, В.Г. Новоженко, Л.И. Ольбинская, Н.Р. Палеев, М.А. Пальцев, В.А. Парфенов, А.В. Пожегова, А.В. Покровский, В.И. Покровский, Н.П. Потехин, А.Л. Раков, М.П. Савенко, В.Г. Савенко, В.Б. Симоненко, А.И. Синопольников, В.С. Смоленский, Г.И. Сторожаков, А.Л. Сыркин, В.П. Турин, А.И. Хазанов, Е.И. Чазов, А.Г. Чучалин, Л.В. Циганова, В.В. Цурко, Т.В. Шишкова, Н.А. Шостак, А.В. Шлектор, Н.Д. Ющук, В.Б. Яковлев
Газета распространяется среди членов Московского городского научного общества терапевтов бесплатно
Адрес: Москва, 115446, Коломенский пр., 4, ГКБ № 7, Кафедра гематологии и гериатрии
Телефон 8-499-782-31-09, e-mail: mtpndm@dof.ru www:zdrav.net
Отдел рекламы (495) 729-97-38
При перепечатке материала ссылка на Вестник МГНОТ обязательна.
За рекламную информацию редакция ответственности не несет.