



ПРЯМАЯ РЕЧЬ

Смена или иллюзия смены власти и курса страны всколыхнули общественные дискуссии о путях дальнейшего развития здравоохранения в нашей стране. Дискуссии ведутся в составе все тех же фигурантов, что и 20–25 лет назад, пережевываются нереализованные проекты, а новые идеи — не обсуждаются.

Кризис системы здравоохранения коснулся всех развитых стран мира, и везде идут жаркие обсуждения. Только там обсуждается совсем не то, что у нас.

Не одно поколение наших врачей выросло в атмосфере мздоимства и не знает, что можно по другому. Демонстрация этому — слушания в Общественной палате 13 декабря: оказывается, все ВИПы понимают, что медицина должна быть платной, но не сошлись в способе извлечения денег из пациентов — помягче или понаглее. Вдумайтесь: высший свет медицины считает поборы с больных неизбежностью. А весь развитый мир трубит о «прывалах рынка» в социальной сфере: не может больной платить за свое лечение. Отчислять в страховой фонд — может, а платить напрямую — нет. Это — принципиально, это — не уровень досуговых разговоров, это — аксиома.

Рассматривать здравоохранение как систему можно только в том случае, если плательщиком в ней не является больной человек.

Наибольшее зло рыночных отношений в медицине демонстрирует здравоохранение США, где без денег отказывают в медицинской помощи: мы знаем, что так умер Довлатов (его отравили с острым коронарным синдромом в другую клинику, к которой он относился по своему пособию), и чуть не умер Окуджава: ему за день успели собрать деньги для коронарной операции.

С другой стороны, если плательщик не контролирует, за что он платит — не интересуется качеством, количеством услуг, их обоснованностью, то деньги становятся источником преступного бизнеса: американские хирурги убивают больных, делая ненужные операции и получая за каждую свой гонорар. Книга американского хирурга вышла на русском языке, но она практически недоступна, а автор скрылся за псевдонимом**.

Впрочем, об этом же писал и Хейли много лет назад, можно вспомнить и «Полет над гнездом кукушки»: врачи без контроля становятся неуправляемыми.

Врачи не только брали взятки, забыв о существовании одного из ключевых заветов Гипократа — презрение к деньгам. Врачи были увлечены развитием новых технологий, изобретательством, написанием диссертаций. Никто и никогда системно не думал о больных людях. Конкретного пациента жалели, но что делать с популяцией подобных больных — не обсуждали. В результате национальных лидеров, занимающихся определенной категорией пациентов на уровне страны, нет. Был один в недавнем прошлом — Святослав Федоров, строил центры, ставил на поток операции. К нему много вопросов — но он единственный, кто решал задачи по-государственному с использованием рыночных механизмов, доступных ему. Отчасти можно говорить о кардиологии (Е. И. Чазов), пульмонологии (А. Г. Чучалин), гематологии (А. И. Воробьев), но лишь отчасти — нет у этих лидеров системных предложений и решений. Только сейчас некоторые академические институты стали создавать свои филиалы, под своей пусть и минимальной — ответственностью, с едиными технологиями. Но национальный проект «Здоровье» прошел мимо этих лидеров, они в нем оказались не задействованными. Почему?

В этом виноваты чиновники. Я должен тут поставить многоточие. Что они могут — чиновники — без общественного мнения и поддержки. Им, наверно, кажется по ночам что-то, но не способны они сами решить ничего.

* Частично текст был опубликован в газете «Газета» 27.12.2007 г. Настоящая публикация — более полная версия и для иной целевой аудитории.

** «Ничего не стоит жизнь за зеленой стеной...»

Толковище о здравоохранении
продолжается*

Реформа медицины. Алексей Молчанов

Не одно поколение наших врачей выросло в атмосфере мздоимства и не знает, что можно по другому.

Наибольшее зло рыночных отношений в медицине демонстрирует здравоохранение США, где без денег отказывают в медицинской помощи...

Отсюда и многие проблемы с национальным проектом в части «центров высоких технологий». Пока «хорошо» не получилось.

Стало быть, если виноваты все, то и задачи нужно ставить перед всеми. И, думая о «концепции», видеть все целевые группы во всем многообразии противоположно направленных интересов.

П. А. Воробьев

Интерес граждан прост: быть здоровыми и платить за это минимальную сумму, лучше — в виде налогов. При этом есть, пить и веселиться. Можно, конечно, педальничать программы здорового образа жизни, но, на мой взгляд, делать это надо тоньше, в частности, через регулирование качества пищи. В США орган, занимающийся лекарствами, занимается и пищей — он Пищевая и Лекарственная Администрация с очень строгой, полицейской возможностью пресечения нарушений. А у нас, сами знаете, выявить подделку лекарств еще можно, а вот пресечь?...

Вторая важнейшая общенациональная программа — снижение табакокурения. А уж потом — наркотики, СПИД, гипертония, травматизм и на последнем месте — пьянство. Мрут алкаши наши от паленой водки (десятками тысяч в год, списывают врачи большинство случаев на «ИБС»), и виновато в этом ничего не делающее государство. Пивом нельзя отравиться на смерть, но именно против пива выступает наш Главный санитарный врач Г. Онищенко. Пиво и вино во всем мире вытеснило водку, а мы в государственном масштабе боремся именно с ними, запрещая «плохое» вино. Самое грязное вино, опивки, лучше паленой смертельной водки! Водочные короли проплачивают эту борьбу — слишком это всем очевидно.

Табачники сдерживают любые попытки ограничений на курение. Результат — сотни тысяч смертей в год. Вроде сдвинулось дело по борьбе с табаком — хотят, наконец, принять цивилизованные законы в этой сфере, а то мы отстаем от таких развитых стран, как Турция и Украина. Но предполагается «переходный период» длиной в 5 лет, да и законы буду принимать не в один день, так что мрите, граждане, пока, сколько хотите.

Рудиментарны, расчленены по ведомствам государственные контрольные функции, нет законодательной базы под этими функциями, в результате — нет никакого реального контроля. А государство, как выразитель потребностей народа, обязано иметь четкие, понятные, жесткие, прозрачные правила контроля и продуктов питания, и напитков, и биологических добавок к пище, и лекарств, и донорской крови, и медицинской техники, и условий выполнения медицинской помощи, и компетенции врачей и т.д. Все это называется системой управления качеством в здравоохранении. Так как тотальный контроль вроде ОТК в медицине невозможен, мир давно «поставил» контроль качества в зависимость от репутации исполнителя.

Ради сохранения репутации люди не идут на преступление. Репутация стоит денег, за нее платят. Это — важнейший элемент мотивации медицинского персонала к качественной работе. Деньги не решают ничего, они лишь элемент мотивации, ими можно премировать за качество, но общественное признание компетенции — аккредитация — для врача важнее денег.

Профилактика должна быть конкретной, адресной по отношению к целевым группам. Она касается не

столько медицинского сословия, сколько производителей, продавцов, строителей, чиновников разного рода, органов милиции и т. д. И в первую очередь профилактика — главный вопрос законодателей. Попробуйте в законах найти что-нибудь. Единственный закон, в котором есть что-то реальное про профилактику... закон «О техническом регулировании». Он требует создания Технических регламентов, регламентирующих вопросы безопасности. А безопасность и есть важнейший элемент профилактики. Не случайно сделано все, чтобы Технические регламенты не появились — общество не заинтересовано пока в здоровье своих членов. На уровне подзаконных.

От защиты здоровья — к оказанию помощи. Краеугольный принцип — справедливость. Академик А. И. Воробьев декларирует, например, необходимость излечения от излечимых болезней. А что — неизлечимых больных лечить не надо? Декларации А. И. Воробьева лишь частный случай, но она уводит от правильных принципов.

Справедливость — это значит, что каждому нуждающемуся в медицинской помощи должна быть оказана та помощь, в которой он нуждается.

Никто и никогда системно не думал о больных людях. Конкретного пациента жалели, но что делать с популяцией подобных больных — не обсуждали.

В нашей стране доведен до полного абсурда иной принцип — каждому делаем то, что возможно. Такой принцип оправдывает все и вся, но крайним его выражением является геноцид — истребление тех, кому нельзя помочь: шизофреников, обездвиженных хроников, мучающихся болями людей. Эвтаназия уже возведена в закон в некоторых странах, но активно была внедрена в фашистской Германии. Кстати, принципы «каждому по труду», «кто не работает — тот не ест» — тоже фашистские лозунги, а ведь на них воспитаны поколения. Каждый человек — самоценен, но могут быть обстоятельства. Это понятно. А если разделять людей «на отдельные категории граждан», на «льготников» и «не льготников», имеющих право и не имеющих прав — это гуманитарная катастрофа. В ходу.

Что делать? На примерах проще демонстрировать. Вот озоботились смертностью от травм на дорогах — погибает небольшой город ежегодно. И почти половина из них умирает в первый час. Пока приедет «скорая», пока доведут до больницы — время упущено. Скорая едет долго, и все это время человек оказывается без помощи. Смешно с одной стороны и опасно — с другой, когда оказание экстренной помощи возлагается на водителей (обязаны иметь аптечку и оказывать первую помощь). В развитых странах помощь оказывают парамедики, никому в голову не придет перекладывать это на водителей, более того, неграмотные действия водителей смертельно опасны и потому запрещены! К парамедикам относятся и пожарные, и полицейские.

И на «скорой» ездят парамедики. И скорые стоят не на подстанциях, а, в случае пробок, дежурят там, где могут понадобиться, чтобы приехать в течение 5–7 минут. Во многих странах парамедики ездят на мотоциклах, у нас это возможно в южных регионах, а в Москве и Питере тоже 9 месяцев сезона. Не так плохо. Почему там так — да просто принцип справедливости реализуется: помощь должна быть оказана человеку грамотная, а не для галочки.

Единственный закон, в котором есть что-то реальное про профилактику... закон «О техническом регулировании».

Под этим же углом зрения и проблема смертности от инфаркта миокарда — больше 20% в Москве, в том числе из-за того, что очень долго везут. И с инсультом — тоже рано надо начинать интенсивно лечить. Проблема 1-го часа актуальна для многих болезней, но она часто не проблема врачей, а проблема глобальных решений политиков. Может показаться, что темы эти мелковаты — каждая по отдельности — в особенности. Но решать нужно в совокупности — потянул за один пруттик, вытягивается второй, третий, пятый. И все — важные, не будет одного — не решится ничего.

Дальше. Сейчас при большинстве травм и острых заболеваний точный диагноз дает компьютерный томограф или ЯМР-томограф. Они должны стоять в приемном отделении. Мир так живет многие и многие годы. А у нас? — по пальцам пересчитать, где такое доступно. Пожалуй, кроме Склифа, из городских стационаров я и не знаю, где еще. А должен стоять КТ или ЯМР там, где острые проблемы

ИнтерНьюс

Голосование по ведению стабильной стенокардии

В октябре New England J. Med. предложил читателям описание случая пациента со стабильной стенокардией и предложил высказаться относительно того, как такого пациента надо правильно вести. Теперь результаты всем доступны. Врачи из всех стран, принявшие участие в голосовании, примерно в одинаковом соотношении рекомендовали три типа лечения: лекарственное, лекарственное + стентирование или лекарственное + шунтирование. Правда, результаты голосования отражают не реальную практику врачей из разных стран (ответили 7632 читателя), а ту, что они считают правильной. Кроме того, это, конечно, не все врачи страны (региона), а только те, что читают NEJM. Из России таковых оказалось 11, из Польши — 13 (опять они нас!), из Китая 88, из Финляндии 13.

В отдельных странах были, конечно, отклонения от средней картины. Например, из Финляндии ни один голос не был отдан за второй вариант лечения, но это может быть лишь следствием малого числа голосов. В целом, высокое согласие между голосовавшими отражает, скорее, не всемирное согласие врачей в том, как надо вести больных со стабильной стенокардией, а всемирное согласие той части продвинутых врачей мира, которые читают этот журнал.

Все желающие могут посмотреть и поиграть с анимированной картой с результатами опроса на <http://content.nejm.org/cgi/content/full/NEJMclde0707875/DC1>. Вы тоже можете присоединиться к этому клубу лучших. Не забывайте, что каждую неделю в сети бесплатно появляется очередной номер этого лучшего в мире журнала — пока для России бесплатно.

Множество других новостей из лучших в мире журналов, результатов лучших доказательных исследований — в новом журнале «Доказательная медицина и клиническая эпидемиология», для подписки номер по каталогу Роспечати 19413.

Источник: Собственная информация

Кривое зеркало уменьшает боль

«Фальшивое» отражение в зеркале конечности, которой в действительности у человека нет, может существенно уменьшить фантомные боли. К такому неожиданному выводу пришел Д. Цао, профессор университета военной медицины в Мэриленде (Uniformed Services University of the Health Sciences). Фантомные боли, по статистике, мучают около 90% людей с ампутированными конечностями. Эти неприятные ощущения возникают как будто бы на месте удаленной части тела, и лекарственные препараты слабо снимают эту боль. По мнению доктора Цао, источник проблемы — в несоответствии визуального образа и двигательных ощущений от конечности, в результате чего появляются неврологические эффекты, в первую очередь боль. Чтобы восстановить «порядок» в нервной системе у 22 пациентов с ампутированными ногами, проходящих реабилитацию в армейском медицинском центре Уолтера Рида (Walter Reed Army Medical Center — WRAMC), Цао провел необычный эксперимент. Части испытуемых он предложил наблюдать себя со стороны в зеркало с протезами потерянных конечностей, как если бы эти люди в отражении имели эти части тела. Другая группа находилась перед закрытым зеркалом, чтобы не видеть себя. Третьей нужно было просто мысленно выполнять инструкции с закрытыми глазами.

Задание было очень простое. Всем участникам опыта нужно было раз в день на протяжении 15 минут совершать движения поврежденной конечностью (или ее протезом). Эксперимент длился 8 недель. Результат превзошел все ожидания. Те, кто двигались мысленно, сообщили, что в результате недели упражнений фантомные боли усилились, но потом постепенно ослабли. Люди, двигавшиеся перед закрытым зеркалом, сообщили, что их фантомные боли после таких упражнений стали беспокоить чаще и чаще. Абсолютно все участники опыта, наблюдавшие свое отражение, доложили об улучшении: фантомные боли существенно ослабли. Примечательно, что начиная с пятой недели испытуемые из всех трех групп стали заниматься перед зеркалом, и у всех них в той или иной мере наблюдалось стойкое снижение фантомных болей.

Источник:

New England Journal of Medicine

В последнее время на диализных больных, пациентов после трансплантации почек государство стало обращать пристальное внимание. Несмотря на крайне низкий уровень обеспечения диализными местами больных — хорошо, если в целом в стране оно достигает 2–5% от реальной потребности, — практическую остановку на несколько лет трансплантации, на федеральном уровне стали разрабатывать соответствующие стандарты, вводить целевое финансирование эритропоэтинов, иммуносупрессивных препаратов для профилактики отторжения трансплантата, определили правила передачи выработавшей свой ресурс техники для индивидуального домашнего лечения.

Объединение «диализных больных» с пациентами после трансплантации почек



В конце декабря 2007 года в Москве прошла учредительная конференция общероссийской общественной организации инвалидов-нефрологических больных. Новое общество объединяет пациентов на гемодиализе, перитонеальном диализе, пациентов с пересаженной почкой и опекунов этих больных. Проблем в этой области предостаточно: недостаточная обеспеченность гемодиализом, отсутствие федеральных программ, неравномерное распределение центров диализа по стране и др. В июне 2007 г. начала работу инициативная группа больных под руководством И. М. Христовой.

Целями работы общества являются: вовлечение в свои ряды нефрологических больных для активной общественной деятельности, содействие созданию благоприятных условий для их профессионального и творческого становления; содействие организации лечения нефрологических больных в медицинских центрах г. Москвы, других городов Российской Федерации и за рубежом; содействие защите прав и законных интересов инвалидов, обеспечению им равных с другими гражданами возможностей, решению задач жизни в обществе инвалидов; содействию

в обеспечению мер социальной и правовой защиты нефрологических больных и разработке предложений по проблемам инвалидов для внесения их в законодательные и исполнительные органы государства; поддержка и содействие реализации программ и мероприятий медицинской и социальной реабилитации нефрологических больных и инвалидов.

В течение короткого времени была создана газета «Новый Нефрон» (на сегодняшний день вышло 4 номера). Инициативная группа приняла участие в общественных слушаниях под названием «Инвалиды — право на жизнь», проходивших в Государственной Думе Российской Федерации 20 сентября

2007 г. Слушания были посвящены проблемам людей с ограниченными возможностями, обсуждались важные вопросы в жизни каждого инвалида — лекарственное обеспечение и средства реабилитации.

О. Борисенко

Инициативная группа информировала пациентов Московского городского нефрологического центра о своей работе, проделала большую работу по подготовке конференции, налаживала связи с пациентами в разных регионах страны.

На конференции выступили руководитель коммерческой сети диализных клиник «Евромедик» Валерий Шило и руководитель Московского городского нефрологического центра профессор Н. А. Томилина. Н. А. Томилина руководит работой Российского диализного общества. Она рассказала вкратце о проблемах с позиции врача, менеджера здравоохранения, о перспективах развития этого направления в России. Также звучал призыв к пациентам



к объединению, совместному представлению своих интересов, образованию, содействию организации медицинской помощи нефрологическим больным.

Об опыте работы организаций больных Европейского Союза рассказал Олег Парошин. На конференции был утвержден проект Устава. По результатам конференции была принята резолюция.

Уважаемые господа!

В 2008 году издательство «Ньюдиамед» начинает выпуск нового журнала

ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА И КЛИНИЧЕСКАЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Журнал будет продолжать линию «Международного журнала медицинской практики», прекратившего издание в 2007 г. (<http://www.mediasphera.ru/journals/practik/>). Эта линия состоит в последовательном продвижении в медицинскую практику научных эпидемиологических подходов. Цель журнала — сделать решение всех вопросов медицинской практики и управления здравоохранением основанным на доброкачественных научных данных; сделать медицину, основанную на научных доказательствах, реальностью нашей жизни.

В журнале:

- информирование читателей о наиболее важных исследованиях в медицине и общественном здоровье;
- освещение ключевых вопросов методологии медицинских исследований в доступной для врачей форме;
- самые высокие стандарты объективности и независимости информации;
- уделение особого внимания:
 - вопросам общемедицинского значения;
 - информационному обеспечению врачей;
 - информационной поддержке решений;
 - средствам эффективного использования информации в обеспечении деятельности врачей и медицинских организаций.
- освещение проблем, представляющих важность для врачей всех специальностей.

Главным объединяющим фактором будет внимание к качеству исследований, к научной обоснованности предлагаемых решений.

Подписаться на наш журнал вы можете:

1. Через агентство РОСПЕЧАТЬ, каталог «ГАЗЕТЫ И ЖУРНАЛЫ» Индекс журнала — 19413.
2. Через редакцию журнала, заполнив бланк-заказ и оплатив указанную сумму (журнал высылается по Вашему адресу в конверте).

Бланк-заказ на подписку журнала на 2008 год в редакции (журнал высылается по Вашему адресу в конверте).

Ваш адрес просим указывать ПЕЧАТНЫМИ буквами.

Ф.И.О. подписчика	Почтовый адрес доставки (индекс обязательно)	1 полугодие		2 полугодие	
		1	2	3	4
Номера журнала					
Цена одного номера в руб.					
		500	500	500	500
ИТОГО (впишите сумму):					
НАШИ РЕКВИЗИТЫ: Банк получатель: АКБ «Стратегия» (ОАО), ИНН 770 224 522 0, БИК 044 579 505, КПП 770 201 001, К/с 301 018 100 000 000 005 05, Р/с 407 028 105 000 000 004 85.					

Квитанцию о переводе оплаченной Вами суммы и бланк-заказ высылаете по нашему адресу: 115446, Москва, Коломенский проезд, 4, ГКБ № 7, Издательство «Ньюдиамед». При необходимости, издательство выставляет счет. Тел./факс: (499) 782-31-09, (495) 609-13-57 E-mail: mtpndm@dol.ru, balch@dol.ru, www.zdravkniga.net, www.zdrav.net, www.rspog.ru.

В платежном поручении и в почтовом переводе обязательно указать:

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

Начало на стр. 1 ↗

головы, шеи, грудной клетки и живота — т. е. в больницах, расположенных вдоль дорог. И это — задача государства в целом, а не районной больницы, это требуется в виде национального проекта!

Самое главное в медицине — экономические вопросы. У нас нет ни одного экономиста здравоохранения, те, кто занимается этими вопросами (их меньше 5 на всю страну), живут категориями прошлого. Хуже другое — то, что они говорят уже почти 20 лет, воспринимается медицинским сообществом и сегодня как крамола, потрясение основ, катастрофа. Увы, никто не слышит тонкого голоса экономистов в густом хоре специалистов-медиков. Помните: «Не трэба» — кричали в «Кондуите и Швамбрания». Так и у нас — попробуй с известным врачом заговорить про экономику... Может быть, настало время заткнуть фонтан красноречия про наши «достижения» в прошлом и прислушаться к современности? Ситуация вокруг слишком сильно поменялась.

Первое, что необходимо, — экономическая автономия медицинских учреждений. Директор медицинской организации (менеджер, а не главный врач) должен самостоятельно распоряжаться своими ресурсами в рамках дозволенного. Ну не по «статьям расходов» же контролировать его, как сейчас. Директор — он что, бандит, что за ним такой догляд нужен? Если бандит, вор, — гоните в шею и найдите другого. Или создайте условия контроля, чтобы украсть было трудно. Воруют потому, что плохо лежит, а не потому, что человек плох.

Очевиден крах командно-административной системы в здравоохранении, хотя она остается до сих пор — в силу косности, негибкости медицинского сообщества — основной. Эпоха вертикальной структуры управления пришла к своему логическому концу. Хотя и шугаются врачи и чиновники приказов сверху, но больше для вида, делая то, что хотят. На смену должна прийти «сетевая» многоуровневая, а не плоская структура менеджмента, где у каждого элемента есть автономия с одной стороны, с другой — место и роль в общей сети. Система самоорганизуется в зависимости от происходящих в обществе и в ее элементах процессов.

Второе. Деньги должны поступать от государства через один-единственный канал — систему медицинского страхования. Нужно прекратить содержание учреждений из бюджета. Больница сегодня может работать или не работать, но бюджет платит коммунальные услуги, выделяет средства на ремонт и т. д. А нужно: ремонт? — возьми кредит. Дорогостоящее оборудование? — попроси кредит. Залог — земля, или поручительство органа управления здравоохранением.

Система кредитования сработала в программе ДЛО, где фактически фирмы-производители лекарств кредитовали нашу медицину на целый год вперед. Вышло коряво из-за многочисленных просчетов, несогласованности действий, включения в список дотируемых средств лекарств-пустышек, съевших немалую долю бюджета, но система подняла, между прочим, доступность современной помощи на порядок.

Третье. Деньги следуют за больным. Ни в коем случае нельзя платить за отдельную услугу — их число тут же будет расти в геометрической прогрессии. Можно платить по глобализованным тарифам (например, группа больных с патологией сердца в состоянии средней тяжести). Этот путь уже 25 лет осваивает Америка, и лет 10 старается выскочить из таких тарифов — «диагностически-родственных групп». Второй путь — платить в соответствии со стандартом, в котором обозначен ассортимент услуг и лекарств, расходных материалов в привязке к конкретной болезни, состоянию и т. д. Выбор технологий для стандартов должен регулироваться системой доказательств эффективности и экономической целесообразности. Количество таких стандартов ничем не ограничено и может уточняться, на-

рачиваться: важно, что плательщик знает, за что платит. Стандарты — обоснование тарифов в случае оплаты за больного. Система стандартов охватывает разные стороны системы здравоохранения — ресурсы, технологии и результаты. Система подробно структурирована более 10 лет назад.

Четвертое. Система обеспечения качества. Автономия медицинских организаций не терпит тотального контроля. Здесь две составляющие — внедрение индикаторов для каждого уровня — оказание помощи больному, качество помощи на уровне подразделения, организации, региона, страны в целом. Индикаторы устанавливаются по интенсивным и экстенсивным показателям. По ним необходим постоянный контроль. С другой стороны, вводится система обеспечения качества на каждом рабочем месте. Останавливаться на этом подробно не получится, эта система используется полвека в промышленности и лишь теперь начинает применяться в здравоохранении.

Пятое. Профессиональное признание компетенции — аккредитация. Уже сегодня наметились, наконец, изменения в медицинском образовании. Выпускник ВУЗа не может быть врачом. Он должен получить в институте мировоззрение, если хотите — некую медицинскую философию, которая в нашей стране не сформирована пока. Затем он должен получить практическое, не менее чем годичное образование по общей специальности — терапевт, хирург, акушер-гинеколог. Затем еще 2—3, а кое-где и 5 лет — специализация по одному из направлений (кардиология, рентгенология, абдоминальная, сосудистая хирургия и т. д.). И уж конечно, не может выпускник института работать врачом общей практики — он должен несколько лет для этого стажироваться в клиниках, получать соответствующий багаж, а потом — и соответствующую зарплату и признание.

Образовательные стандарты создаются по моделям специалистов, про которые никто у нас, по-моему, и не слышал. И потом врач всю жизнь ежегодно подтверждает свою возможность работать по специальности, отчитываясь о своей деятельности и о поддержке квалификации. Последнее проводится не с использованием архаичных курсов повышения квалификации, а на конференциях, конгрессах и других профессиональных мероприятиях. Здесь есть место и общественным профессиональным организациям.

Аккредитация касается и деятельности медицинских организаций: они должны перед профессиональным сообществом показать свою компетенцию — выполнять заявленные виды медицинской помощи. Например, с 2007 г. по квотам высокотехнологичную медицинскую помощь могут выполнять областные и даже муниципальные больницы, но кто и как проверяет их реальные возможности и результаты? Никто, а должны этим заниматься профессиональные уполномоченные службы. Используя и стандарты, и индикаторы качества. В этом также будет реализация сетевой схемы профессионального менеджмента.

Заработная плата врача должна определяться тем, сколько он лечит больных, и тем, как он их лечит. Нужна система мотивации врачей и медицинских организаций в непрерывном улучшении качества помощи. Тогда можно на что-то надеяться.

Последнее. Все вопросы должны решаться программно-целевым способом: описание проблемы, формирование цели, задач, методов решения, сроков и результатов. По каждой отдельной позиции и по проблеме в целом. Как результат — создание Медицинского кодекса. А концепция... концепция — это что-то абстрактное, отвлекающее.

Может быть, настало время заткнуть фонтан красноречия про наши «достижения» в прошлом и прислушаться к современности? Ситуация вокруг слишком сильно поменялась.

На смену должна прийти «сетевая» многоуровневая, а не плоская структура менеджмента, где у каждого элемента есть автономия с одной стороны, с другой — место и роль в общей сети.

ИнтерНьюс

О, дайте, дайте мне свободу...

Американская компания Xcorporeal Inc. разработала портативную «искусственную почку», которая прошла успешные предварительные испытания на людях. В настоящее время пациентов подключают к больничным стационарным аппаратам «искусственная почка»: в результате они оказываются прикованными к постели на 4 часа 2—3 раза в неделю. Новый аппарат для гемодиализа является переносным устройством, хотя и достаточно громоздким, с питанием от аккумуляторов, и рассчитан на 4—8 часов непрерывной работы.

Руководитель исследования Э. Давенпорт из Лондонского университетского колледжа (University College London) испытал портативную «искусственную почку» на 8 пациентах, средний возраст которых составлял 52 года. Все участники исследования нуждались в регулярных процедурах гемодиализа.

Во время испытаний у 2 пациентов возник тромбоз однооразовой системы, вызванный недостаточной противосвертывающей терапией; еще один пациент был ненадолго отсоединен от аппарата из-за смещения иглы. Тем не менее, ученые признали испытания успешными, а сами участники единодушно согласились рекомендовать такое лечение другим пациентам с почечной недостаточностью.

Процедура очистки крови в портативной «искусственной почке» происходит несколько медленнее, чем в стационарном аппарате. Однако это не представляет особых проблем, поскольку устройство можно будет спокойно носить в течение продолжительного времени. В настоящее время создатели портативной «искусственной почки» пытаются увеличить время работы аппарата, добиваясь 24-часового режима его эксплуатации.

Около 1,3 миллиона человек в мире страдают хронической почечной недостаточностью и нуждаются в регулярном проведении диализа. Лишь немногим счастливицам, дождавшимся подходящего донорского органа, проводят пересадку почки, хотя многие оценивают трансплантацию не как альтернативу диализу, а как способ придания человеку мобильности и свободы от необходимости регулярного проведения процедур очищения. На увеличение «степени свободы» направлен и перитонеальный диализ, позволяющий пациенту самому проводить процедуры дома и не быть связанным с медицинским учреждением. Аналогичны, направлены на создание большей автономии, решения по передаче домой больным аппаратами «искусственная почка, выработавшим свой официальный ресурс», что разрешено в России соответствующим приказом Минздрава, создание диализных центров в «ЖЕКАх» (еще в 80-е годы в ГДР), на работе (Япония) и т. д.

Переносная «искусственная почка» станет первым шагом на пути к созданию более миниатюрных и удобных переносных (а возможно, и имплантируемых) аппаратов гемодиализа.

Источник: Medportal.ru, собственная информация

Скоро все мы будем опутаны сетью

Мининформсвязи планирует в 2008 году начать подключение к сети Интернет медицинских учреждений. Об этом сообщил журналистам министр информационных технологий и связи Леонид Рейман. По его словам, всего в России к Интернету может быть подключено 14—17 тыс. медицинских учреждений. Их количество и перечень уточняются. Рейман отметил, что этот проект по масштабам будет сопоставим с проектом, в рамках которого были подключены к Интернету все российские школы.

В то же время проект подключения к Интернету медицинских учреждений имеет ряд особенностей. В частности, в медицинских учреждениях в среднем эксплуатируется больше компьютеров в расчете на одно учреждение, чем в школах. Кроме того, требования к скорости передачи данных для медицинских учреждений выше, чем для школ. Это связано с тем, что для медицинских учреждений приоритетными являются функции видео-конференц-связи по сети Интернет, а также передача графической информации, например, рентгеновских снимков, кардиограмм и так далее. В настоящее время идет разработка данного проекта, который также будет включать в себя обеспечение оперативной связью мобильных бригад и станций скорой медицинской помощи.

Источник: GZT.ru

Уважаемые коллеги, читатели газеты

«ВЕСТНИК МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ МОСКОВСКИЙ ДОКТОР»

подписаться на нашу газету вы можете:

1. Через агентство РОСПЕЧАТЬ, каталог «ГАЗЕТЫ И ЖУРНАЛЫ». Индекс газеты — 19412.
2. Через редакцию газеты, заполнив бланк-заказ и оплатив указанную сумму (газета высылается по Вашему адресу в конверте). В платежном поручении и в почтовом переводе в графе «Получатель» обязательно указать ООО «МТП НЬЮДИАМЕД»

Бланк-заказ на подписку газеты на 2008 год в редакции
Ваш адрес просим указывать ПЕЧАТНЫМИ буквами.

Ф.И.О. подписчика	Почтовый адрес доставки (индекс обязательно)	I полугодие											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
		Цена в руб.											
		42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42
		2 полугодие											
		13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
		Цена в руб.											
		42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42
		ИТОГО: (впишите сумму)											

Квитанцию о переводе оплаченной Вами суммы и бланк заказа высылайте по адресу:

115446 Москва, Коломенский пр., 4, ГКБ 7, Кафедра гематологии и гериатрии ФППОВ
Тел./факс (499) 782-31-09. E-mail: mtpndm@dol.ru

РЕКВИЗИТЫ: Банк-получатель: АКБ «Стратегия» (ОАО), ИНН 770 224 522 О, КПП 770 201 001, К/с 301 018 100 000 000 005 05, Р/с 407 028 105 000 000 004 85, БИК 044 579 505

Для членов МГНОТ подписка остается бесплатной! Для тех, кто подписался на газету до 01.08.07 г. подписка остается бесплатной!

ИнтерНьюс

Что там в детском ухе?

За год из носов и ушей маленьких детей врачи только одного Федерального клинического ЛОР-центра извлекли более ста иностранных предметов. По данным врачей, дети до 4-летнего возраста предпочитают засовывать в нос и уши детали конструкторов, туфельки маленьких куколок и, наиболее часто, — колеса от машинок. Любимым «хранилищем» игрушек у маленьких пациентов является нос — за год было зафиксировано 84 таких случая. Уши пользуются значительно меньшей «популярностью». Из них иностранные предметы пришлось извлекать только в 20 случаях. Дети в возрасте 5—9 лет в большинстве случаев тянут мелкие предметы в рот. Из горла и пищевода пациентов этой возрастной группы врачи достали несколько монет, пуговиц, батареек и рыбьих костей. В связи с этим специалисты порекомендовали родителям более внимательно выбирать игрушки для малышей, обращая внимание на наличие мелких деталей.

Источник: MedPortal

Виртуальное пространство против боли

Исследование американских ученых показало, что некоторые пациенты, увлекшись видеоигрой, меньше чувствуют сильную боль. По мнению клинических психологов из Университета Эмори, штат Джорджия, дело здесь в том, что во время игры больные перестают обращать внимание на болевые ощущения. У них появляется чувство контроля и позитивный настрой. Перемещение в другой мир и ощущение творчества благотворно влияют на сознание пациентов. Исследователи считают, что больным также полезно находиться в виртуальной реальности. Хорошо известен эксперимент, в котором руку мальчика, находящегося в «виртуальном мире», поместили в ледяную воду, но он при этом не ощутил боли. Психологи, изучающие влияние видеоигр на реальных пациентов, считают, что они пойдут на пользу людям с ожогами, которым пересаживают участки кожи, или детям, проходящим курс химиотерапии. Игры также помогают отвлечь внимание пациентов с травмами и посттравматическим стрессом. Они могут помочь всем, кто испытывает реальную боль, а, возможно, и страдающим хроническими болезнями.

Источник: www.americaru.com

Профилактика инфекции может вызвать рак

Исследование Калифорнийского Университета в Дэвисе дало неожиданный результат: оказалось, массово используемый компонент мыла, шампуня, лосьонов для умывания способен крайне негативно повлиять на здоровье человека. Подобное воздействие антибактериального вещества триклокарбана установлено впервые. Это вещество в Северной Америке, Европе и Азии на протяжении почти полувека применяется при производстве косметических и моющих средств. Лабораторные опыты показали, что триклокарбан негативно влияет на эндокринную систему подопытных крыс и человеческих клеток. Ранее было доказано, что вещества, обладающие подобными свойствами, способствуют возникновению онкологических заболеваний, понижают репродуктивные способности, а у детей способны вызвать патологии в развитии. Напомним, ранее исследования средств для умывания показали, что антибактериальное мыло защищает от инфекций ничуть не лучше обычного. Все сорта антибактериального мыла содержат один активный ингредиент — триклозан. В американских больницах концентрированные растворы триклозана часто используются в качестве дезинфицирующего средства.

Источник: NEWSru.com

Грипп как причина шизофрении

Датские ученые высказали свою гипотезу относительно того, почему люди, родившиеся в холодное время года, чаще страдают шизофренией. Исследование, проведенное в университете Орхуса, показывает, что причиной может быть грипп, перенесенный матерью во время беременности. Сравнительный анализ данных о датах рождения и состоянии здоровья детей, а также о перенесенных их матерями болезнях выявил взаимосвязь между гриппом и психическими расстройствами. Был также установлен ряд других внешних факторов, влияющих на дальнейшее психическое здоровье ребенка. Так, у недоношенных детей вероятность развития шизофрении оказалась выше в 1,5 раза, осложнения при родах могут увеличить ее до 2,4 раз. Перенесенный во время беременности грипп повышает риск развития у ребенка шизофрении в 8 раз, заявляют ученые.

Источник: Холдинг РБК

ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ СЕКЦИИ «ЧЕЛОВЕК И ИНФЕКЦИЯ» МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ 12.09.2006 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

Повестка дня:

«Аллергия, иммунитет и частые респираторные инфекции»

1. Член-корр. РАМН, проф. Б. П. Богомолов (ФГУ ЦКБ УДП РФ) «Грипп и другие острые респираторные вирусные инфекции».

В Российской Федерации ежегодно регистрируется более 35 млн случаев заболеваний гриппом и другими острыми респираторными вирусными инфекциями (ОРВИ). На долю гриппа и других ОРВИ приходится 12—14% случаев временной нетрудоспособности, а экономический ущерб составляет около 90% от ущерба, приносимого всеми инфекционными болезнями. В докладе приведена общая характеристика ОРВИ, этиология и основные клинические проявления. ОРЗ характеризуются катаральным воспалением респираторного тракта и интоксикацией. За последние 40 лет не было пандемии гриппа на Земле, идет циркуляция вируса, который постоянно меняется. Сегодня известны 15 подтипов гемагглютинаина и 9 нейраминидазы гриппа А, которые выделены из генетического материала вирусов гриппа птиц.

Показано, что вирусы гриппа гораздо более устойчивы к повышению температуры тела, чем возбудители других ОРВИ (коронавирусы, риновирусы, аденовирусы). Поэтому они размножаются при высокой температуре человеческого тела. Вирусы «птичьего гриппа» еще более термостойчивы, так как температура тела птиц на 2—3 градуса выше, чем у человека. Температура в носоглотке человека не превышает 33 градусов, при ней вирус гриппа птиц не выживает. Это означает, что, попав воздушно-капельным путем в носоглотку, вирус или погибнет, или, проникнув в трахею или легкие, вызовет тяжелую форму вирусной пневмонии. Длительный постинфекционный иммунитет обеспечивают клеточные механизмы. Приведены данные собственных наблюдений показывающие, что наиболее частыми сопутствующими заболеваниями больных гриппом и ОРВИ является коронарная болезнь, артериальная гипертония, постинфарктный кардиосклероз и сахарный диабет. Это свидетельствует о том, что когда исходно общая иммунологическая активность организма снижена, то эти люди наиболее подвержены заболеванию гриппом и ОРВИ. Поэтому вакцинопрофилактика гриппа должна быть ориентирована в первую очередь на группы риска, т. е. больных с коронарным склерозом, артериальной гипертонией в части случаев больных сахарным диабетом. Особо было подчеркнуто, что ведущая роль в развитии клинических проявлений и осложнений гриппа принадлежит сосудистым нарушениям в зоне микроциркуляции. Докладчик подробно остановился на дифференциальной диагностике гриппа и других ОРВИ, подчеркнув, что для гриппа характерен выраженный синдром интоксикации (головная боль, мышечная слабость и т. д.) и «царапанье» за грудиной, т. к. вирус преимущественно поражает трахею. Также было отмечено, что не существует кишечной формы гриппа и гриппа с сыпью. В заключение была представлена профилактика гриппа, где особое внимание следует уделять неспецифической резистентности организма.

Вопрос: В середине лета с началом купального сезона, заболевают дети и у них появляется лихорадка, выраженный кашель, длительный понос. Что это может быть?

Ответ: Это энтеровирусная инфекция с фекально-оральным путем передачи.

Комментарий Воробьева П. А.

Следует отделять контрастный душ и моржевание. Контрастный душ повышает иммунитет, в то время как моржевание смертельно опасно, вызывает переохлаждение, блокаду микроциркуляции в почках. В результате развивается гломерулонефрит и хроническая почечная недостаточность. Имеются диссертационные работы, в которых показано, что резко повышается заболеваемость и смертность среди «моржей».

2. Проф. В. Е. Ноников (ФГУ ЦКБ УДП РФ)

В докладе была представлена информация о птичьем гриппе (Bird Flu, Avian Flu) H5N1. Птичий грипп — инфекционная болезнь птиц, вызываемая одним из штаммов вируса гриппа, типа А. Этот вирус погибает при нагревании до 70 градусов, устойчив к низким температурам. Резервуаром считаются дикие утки и гуси. Пути заражения — контакт-

ПРОТОКОЛЫ МГНОТ

ный, алиментарный, фекально-оральный, воздушно-капельный. Случаев передачи птичьего гриппа человеку от человека не описано. Впервые вирус был выделен в 1997 г. в Гонконге, и из 18 заболевших 6 умерло. Обращает на себя внимание тот факт, что с 2004 по 2006 г. наблюдаются вспышки гриппа, вызванные H5N1, в предыдущие годы были вспышки, вызванные разными серотипами гриппа. С 2003—2006 гг. во всем мире документировано и точно установлено диагнозов 186, умерло 105 человек. Следует отметить, что от обычного гриппа каждый год в мире умирает 40 тыс. человек. Домашняя птица умирает от птичьего гриппа за 1 сутки, человек обычно погибает на 2-й неделе после присоединения пневмонии, дистресс-синдрома, осложнений, опасных для жизни. Далее были представлены общие принципы лечения птичьего гриппа у людей. Внимание ВОЗ массовое применение противовирусных препаратов должно начаться в течение 21 дня после выявления первого случая заражения человека от человека. Ведущая роль в лечении птичьего гриппа принадлежит противовирусным препаратам (озельтамивир, занамивир), которые эффективны, если применение начато в первые 3 дня от начала заболевания. В связи с тем, что летальные исходы обычно наступали на 2-ой неделе заболевания вследствие пневмонии и развития острого дистресс-синдрома, особое внимание было уделено схеме лечения больных атипичной пневмонией (SARS), рекомендованной ВОЗ (2003—2005), когда наблюдалась высокая летальность.

В докладе также была поднята проблема инфекций дыхательных путей, вызванных внутриклеточными бактериями (*Chlamydia pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae* и др.). Следует помнить, что инфекции, вызываемые микоплазмой и хламидиями, могут проявляться респираторным синдромом (например, трахеобронхитом) и только у 30% людей может развиваться пневмония.

Подробно были представлены клинические отличия пневмоний, вызванных внутриклеточными бактериями. Для пневмонии, вызванной *Mycoplasma pneumoniae*, характерно начало с респираторного синдрома, 50% больных имеют трахеобронхиальную дискинезию, пароксизмы кашля временами с затруднением на вдохе, температура может быть субфебрильная или лихорадочная, кашель обычно сухой или с незначительной мокротой, при субфебрильной температуре тела сильная потливость, мышечные боли, сильная мышечная слабость, отсутствует характерный сдвиг лейкоцитарной формулы влево. Срок лечения этих инфекций адекватными антибактериальными препаратами из



групп макролидов, фторхинолонов — 2 недели. Это определяется тем, что этот срок лечения перекрывает два возможных латентных пребывания возбудителя в клетке, и рецидива заболевания в этом случае не происходит.

3. К. м. н. Зыков К. А. (ВКНЦ)

В докладе обоснована необходимость применения бронхолитических препаратов в амбулаторной терапии бронхиальной астмы. Бронхиальная астма входит в группу хронических обструктивных заболеваний легких. При самой низкой официальной распространенности наблюдается самая высокая смертность от бронхиальной астмы в нашей стране. Представлена классификация бронхиальной астмы в зависимости от функциональных показателей и симптоматики, а также в соответствии со степенью тяжести назначаемая терапия, где важную роль играют бронхолитические препараты. При освещении различных методов доставки препаратов особое внимание было уделено тому, что неправильное использование ингаляторов снижает контроль бронхиальной астмы. При использовании обычных ингаляторов частота ошибок пациентов, влияющих на доставку препаратов, достигает 28% у всех пациентов. В связи с этим необходимо обучать пациентов правильно пользоваться ингалятором. Лучше использовать спейсеры, которые повышают эффективность ингаляций, т. к. только мелкие частицы будут попадать в легкие, а крупные частицы будут задерживаться в спейсере.

В заключение Богомолов Б. П. поблагодарил докладчиков на хорошие и полезные доклады, однако заметил, что заявленная тема не полностью раскрыта, и предложил еще раз вернуться к рассмотрению данной проблемы.

СТАНДАРТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

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

Эти стандарты мало доступны врачам.

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

Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

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

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

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

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

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

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

СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

1. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА

Категория возрастная: взрослые

Нозологическая форма: сердечная недостаточность

Код по МКБ-10: I50

Фаза: стабильная

Стадия: I

Осложнение: без осложнений

Условие оказания: амбулаторно-поликлиническая помощь

Приложение
к приказу Министерства
здравоохранения и социального развития
Российской Федерации
от 22 ноября 2004 г. № 237

1.1. ДИАГНОСТИКА

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.10.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии сердца и перикарда	1	1
A01.10.002	Визуальное исследование при патологии сердца и перикарда	1	1
A01.10.003	Пальпация при патологии сердца и перикарда	1	1
A01.10.004	Перкуссия при патологии сердца и перикарда	1	1
A01.10.005	Аускультация при патологии сердца и перикарда	1	1
A02.09.001	Измерения частоты дыхания	1	1
A02.10.002	Измерение частоты сердцебиения	1	1
A02.12.001	Исследование пульса	1	1
A02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	1
A04.10.002	Эхокардиография	1	1
A05.10.001	Регистрация электрокардиограммы	1	1
A05.10.007	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных	1	1
A09.05.003	Исследование уровня общего гемоглобина в крови	1	1
A09.28.022	Определение объема мочи	1	1
A02.01.001	Измерение массы тела	1	1
A11.05.001	Взятие крови из пальца	1	1
A09.28.001	Исследование осадка мочи	0,8	1
A09.28.003	Определение белка в моче	0,8	1
A09.28.023	Определение удельного веса (относительной плотности) мочи	0,8	1
A09.05.023	Исследование уровня глюкозы в крови	0,1	1
A06.09.008	Рентгенография легких	0,01	1
A06.10.001	Рентгенокопия сердца и перикарда	0,01	1
A06.10.002	Рентгенография сердца в трех проекциях	0,01	1
A09.05.004	Исследование уровня альфа-липопротеинов (высокой плотности) в крови	0,01	1
A09.05.009	Исследование уровня С-реактивного белка в крови	0,01	1
A09.05.010	Исследование уровня общего белка в крови	0,01	1
A09.05.020	Исследование уровня креатинина в крови	0,01	1
A09.05.021	Исследование уровня общего билирубина в крови	0,01	1
A09.05.022	Исследование уровня фракций билирубина в крови	0,01	1
A09.05.024	Исследование уровня общих липидов в крови	0,01	1
A09.05.025	Исследование уровня нейтральных жиров и триглицеридов плазмы крови	0,01	1
A09.05.026	Исследование уровня холестерина в крови	0,01	1
A09.05.027	Исследование уровня липопротеинов в крови	0,01	1
A09.05.028	Исследование уровня бета-липопротеинов (низкой плотности) в крови	0,01	1
A11.12.009	Взятие крови из периферической вены	0,01	1
A12.10.003	Исследования сердечного выброса	0,01	1
A04.10.001	Фонокардиография	0,001	1
A05.10.004	Холтеровское мониторирование	0,001	1
A06.10.003	Рентгенография сердца с контрастированием пищевода	0,001	1
A06.12.001	Рентгенография аорты	0,001	1
A06.12.002	Рентгенография легочной артерии	0,001	1
A09.05.039	Исследование уровня лактатдегидрогеназы и ее изоферментов в крови	0,001	1
A12.05.026	Исследование уровня кислорода крови	0,001	1
A12.10.001	Электрокардиография с физическими упражнениями	0,001	1
A12.10.002	Электрокардиография с применением медикаментов	0,001	1
A06.10.005	Компьютерная томография органов грудной полости	0,0001	1
A09.05.061	Исследование уровня общего тироксина сыворотки (Т-4) крови	0,0001	1
A09.05.071	Исследование уровня гормонов коры надпочечников в крови	0,0001	1
A09.05.072	Исследование уровня гормонов мозгового слоя надпочечников в крови	0,0001	1

2.1. ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА 6 МЕСЯЦЕВ

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.10.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии сердца и перикарда	1	2
A01.10.005	Аускультация при патологии сердца и перикарда	1	2
A02.10.002	Измерение частоты сердцебиения	1	2
A02.12.001	Исследование пульса	1	2
A02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	2
A05.10.001	Регистрация электрокардиограммы	1	1
A05.10.007	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных	1	1
A09.28.022	Определение объема мочи	1	1
A25.10.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях сердца и перикарда	1	2
A25.10.002	Назначение диетической терапии при заболеваниях сердца и перикарда	1	2
A25.10.003	Назначение лечебно-оздоровительного режима при заболеваниях сердца и перикарда	1	2
A02.01.001	Измерение массы тела	0,1	1
A04.10.002	Эхокардиография	0,01	1
A05.10.004	Холтеровское мониторирование	0,001	1
A09.05.003	Исследование уровня общего гемоглобина в крови	0,01	1
A09.05.020	Исследование уровня креатинина в крови	0,01	1
A09.05.031	Исследование уровня калия в крови	0,01	1
A11.05.001	Взятие крови из пальца	0,01	1
A11.12.009	Взятие крови из периферической вены	0,01	1
A12.10.001	Электрокардиография с физическими упражнениями	0,001	1
A12.10.002	Электрокардиография с применением медикаментов	0,001	1

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД**	ЭКД***
Средства для лечения сердечной недостаточности	Ингибиторы АПФ	Каптоприл	1		
		Лизиноприл	0,8		
		Периндоприл	0,4	87,5 мг	15750 мг
		Эналаприл	0,1	18,75 мг	3375 мг
		Эналаприл	0,1	3 мг	540 мг
	Сердечные гликозиды	Дигоксин	0,3	21,25 мг	38925 мг
		Дигоксин	0,1		
			1	0,5 мг	90 мг

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД**	ЭКД***
Гипотензивные средства					
	<i>Антагонисты кальция</i>		0,2		
		Амлодипин	0,9	10 мг	1800 мг
	<i>Бета-блокаторы</i>		0,1		
		Бисопролол	0,4	10 мг	1800 мг
		Карведилол	0,3	50 мг	9000 мг
		Метопролол	0,3	150 мг	27000 мг
Средства для лечения заболеваний почек и мочевыводящих путей					
	<i>Диуретики</i>		0,3		
		Гидрохлортиазид	1	62,5 мг	3000 мг
			0,9		

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

2. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА

Нозологическая форма: сердечная недостаточность

Код по МКБ-10: I-50

Фаза: прогрессирующая

Стадия: II A

Осложнение: без осложнений

Условие оказания: амбулаторно-поликлиническая помощь

2.1. ДИАГНОСТИКА

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.10.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии сердца и перикарда	1	1
A01.10.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии сердца и перикарда	1	1
A01.10.002	Визуальное исследование при патологии сердца и перикарда	1	1
A01.10.002	Визуальное исследование при патологии сердца и перикарда	1	1
A01.10.003	Пальпация при патологии сердца и перикарда	1	1
A01.10.004	Перкуссия при патологии сердца и перикарда	1	1
A01.10.005	Аускультация при патологии сердца и перикарда	1	1
A02.09.001	Измерения частоты дыхания	1	1
A02.10.002	Измерение частоты сердцебиения	1	1
A02.12.001	Исследование пульса	1	1
A02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	1
A05.10.001	Регистрация электрокардиограммы	1	1
A05.10.007	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных	1	1
A09.05.003	Исследование уровня общего гемоглобина в крови	1	1
A09.28.001	Исследование осадка мочи	1	1
A09.28.003	Определение белка в моче	1	1
A09.28.022	Определение объема мочи	1	1
A09.28.023	Определение удельного веса (относительной плотности) мочи	1	1
A11.05.001	Взятие крови из пальца	1	1
A12.05.001	Исследование оседания эритроцитов	1	1
A02.01.001	Измерение массы тела	0,5	1
A08.05.006	Соотношение лейкоцитов в крови (подсчет формулы крови)	0,1	1
A09.05.023	Исследование уровня глюкозы в крови	0,1	1
A09.05.020	Исследование уровня креатинина в крови	0,05	1
A11.12.009	Взятие крови из периферической вены	0,05	3
A04.10.002	Эхокардиография	0,01	1
A04.14.001	Ультразвуковое исследование печени	0,01	1
A04.28.001	Ультразвуковое исследование почек	0,01	1
A05.10.004	Холтеровское мониторирование	0,01	1
A06.09.008	Рентгенография легких	0,01	1
A09.05.004	Исследование уровня альфа-липопротеинов (высокой плотности) в крови	0,01	1
A09.05.009	Исследование уровня С-реактивного белка в крови	0,01	1
A09.05.010	Исследование уровня общего белка в крови	0,01	1
A09.05.021	Исследование уровня общего билирубина в крови	0,01	1
A09.05.022	Исследование уровня фракций билирубина в крови	0,01	1
A09.05.024	Исследование уровня общих липидов в крови	0,01	1
A09.05.025	Исследование уровня нейтральных жиров и триглицеридов плазмы крови	0,01	1
A09.05.026	Исследование уровня холестерина в крови	0,01	1
A09.05.027	Исследование уровня липопротеинов в крови	0,01	1
A09.05.028	Исследование уровня бета-липопротеинов (низкой плотности) в крови	0,01	1
A04.10.001	Фонокардиография	0,001	1
A06.10.001	Рентгеноскопия сердца и перикарда	0,001	1
A09.05.030	Исследование уровня натрия в крови	0,001	1
A09.05.031	Исследование уровня калия в крови	0,001	1
A12.05.026	Исследование уровня кислорода крови	0,001	1
A06.10.005	Компьютерная томография органов грудной полости	0,0001	1
A09.05.035	Исследование уровня лекарств в крови	0,0001	1
A09.05.039	Исследование уровня лактатдегидрогеназы и ее изоферментов в крови	0,0001	1
A09.05.061	Исследование уровня общего тироксина сыворотки (Т-4) крови	0,0001	1
A09.05.071	Исследование уровня гормонов коры надпочечников в крови	0,0001	1
A09.05.072	Исследование уровня гормонов мозгового слоя надпочечников в крови	0,0001	1

2.2. ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА 6 МЕСЯЦЕВ

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.10.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии сердца и перикарда	1	5
A01.10.005	Аускультация при патологии сердца и перикарда	1	5
A02.10.002	Измерение частоты сердцебиения	1	5
A02.12.001	Исследование пульса	1	5
A02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	5
A09.28.022	Определение объема мочи	1	2
A13.31.001	Обучение самоуходу	1	2
A13.31.004	Обучение близких уходу за тяжелобольным	1	2
A25.10.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях сердца и перикарда	1	5
A25.10.002	Назначение диетической терапии при заболеваниях сердца и перикарда	1	5
A25.10.003	Назначение лечебно-оздоровительного режима при заболеваниях сердца и перикарда	1	5
A05.10.001	Регистрация электрокардиограммы	1	2
A05.10.007	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных	1	2
A09.28.001	Исследование осадка мочи	1	1
A06.09.008	Рентгенография легких	0,1	1
A08.05.004	Исследование уровня лейкоцитов в крови	0,1	1
A08.05.006	Соотношение лейкоцитов в крови (подсчет формулы крови)	0,1	1
A09.05.003	Исследование уровня общего гемоглобина в крови	0,1	1
A09.05.017	Исследование уровня мочевины в крови	0,1	1
A09.05.020	Исследование уровня креатинина в крови	0,1	1
A09.05.021	Исследование уровня общего билирубина в крови	0,1	1
A09.05.022	Исследование уровня фракций билирубина в крови	0,1	1
A09.05.030	Исследование уровня натрия в крови	0,1	1
A09.05.031	Исследование уровня калия в крови	0,1	1
A11.05.001	Взятие крови из пальца	0,1	1
A04.10.002	Эхокардиография	0,05	1
A02.01.001	Измерение массы тела	0,01	1
A05.10.004	Холтеровское мониторирование	0,01	1

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД**	ЭКД***
Средства для лечения сердечной недостаточности					
	<i>Ингибиторы АПФ</i>		1		
		Каптоприл	0,9		
		Лизиноприл	0,4	87,5 мг	15750 мг
		Периндоприл	0,1	18,75 мг	3375 мг
		Эналаприл	0,1	3 мг	540 мг
			0,3	21,25 мг	38925 мг
	<i>Сердечные гликозиды</i>		0,4		
		Дигоксин	1	0,5 мг	90 мг
Гипотензивные средства					
	<i>Антагонисты кальция</i>		0,2		
		Амлодипин	0,9	10 мг	1800 мг
	<i>Бета-блокаторы</i>		0,1		
		Бисопролол	0,4	10 мг	1800 мг
		Карведилол	0,3	50 мг	9000 мг
		Метопролол	0,3	150 мг	27000 мг
Средства для лечения заболеваний почек и мочевыводящих путей					
	<i>Диуретики</i>		0,9		
		Гидрохлортиазид	0,6	62,5 мг	3000 мг
		Спиронолактон	0,2	25 мг	4500 мг
		Фуросемид	0,2	265 мг	47700 мг

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

Сегодня о подделке лекарств говорят все: начиная от бабушки, покупающей валерьянку в аптеке, заканчивая высокими чиновниками от правительства. Следственный комитет при МВД России ведет расследование нескольких уголовных дел в отношении крупных производителей лекарств, обвиняемых в выпуске фальсифицированных лекарств на суммы в сотни миллионов рублей. Фармацевтический бизнес считается третьим по прибыльности после торговли оружием и наркотиками. Это привлекает к нему недобросовестных предпринимателей.

Нашатырный спирт заглушит любой запах...

*(фальсификация лекарств
на рубеже веков)*

Может показаться, что эта проблема возникла недавно и ничего подобного в Российском государстве ранее не было. Но, оказывается, это совсем не так. Подделки и фальсификаты лекарств появились тогда же, когда и спрос на лекарства. Изучение изданий по истории фармации, трудов съездов русских фармацевтических обществ, публикаций позволило не только выявить аналогичные проблемы для фармацевтического рынка прошлых веков, но и систематизировать направления и виды фальсификаций, в том числе — и по времени их возникновения. Но интересней всего изучать историю фальсификации лекарств, когда их производство приняло промышленный масштаб, то есть начиная с XIX века.

Развитие методов и средств фальсификации шло в ногу с развитием фитохимии, органического синтеза лекарственных средств и фармацевтического законодательства. В середине XIX века в России основное направление фальсификации лекарственных препаратов — подделка по подлинности и по количественному составу. Производители лекарственных препаратов занимались подделкой натуральных природных средств растительного и животного происхождения (субстанций), уменьшая концентрацию дорогостоящего лекарственного средства путем добавления дешевой примеси или полностью заменяя дорогое вещество на внешне схожее дешевое. При этом можно было выделить грубые способы подделки и способы, поставленные на научную основу. Вот грубые простейшие способы подделки того времени:

- под видом деревянного масла продавали смесь миндального с кокосовым или хлопковым маслом;
- в закупаемые за рубежом (дорогостоящие) лимонное и бергамотовое масла добавляли дешевый скипидар;
- вместо рыбьего жира в продажу пускался суррогат, который получали путем настаивания на минеральном или кунжутном масле отходов рыбного производства.

Особенно часто фальсифицировали эфирные масла. Фармацевтический журнал за 1917 г. так характеризовал научный подход к подделке состава лекарственных средств: «Химия, изучая состав различных эфирных масел, открыла в них ряд соединений, преимущественно терпенов и алколюлей, являющихся главными носителями ароматического запаха. Вскоре были разработаны и методы синтетического получения большинства этих соединений.

Комбинируя их, можно получить смеси, по запаху весьма близкие к настоящим маслам. Эти искусственные масла получили все права гражданства, и употребление их, в особенности в парфюмерии, даже не может вызвать осуждения, но вместе с этим они явились слишком заманчивыми суррогатами для подделки эфирных масел, служащих и для изготовления лекарственных препаратов».

Часто фальсификацией занимались аптечные работники при изготовлении экстенпоральных лекарств. В 70-х годах XIX века М. Лазарев в «Записках фармацевта» отмечал: «Летучая мазь должна приготавливаться из равных частей прованского масла и нашатырного спирта, а приготавливается из деревянного и обыкновенного прогорклого, с сильным запахом. Нашатырный спирт заглушит любой запах, какой бы он ни был. В силу этой способности заглушать в аптеках совершается множество злоупотреблений».

В конце XIX века аптеки все измельченные и порошкообразные вещества стали приобретать в готовом виде у оптовых российских и зарубежных поставщиков. Почти сразу появляется и новое направление фальсификации — подделка измельченных растительных порошков. По наблюдению Фармацевтического журнала, чаще всего подделывали порошок ревеня. В 1889 г. профессор В. А. Тихомиров выступил экспертом в громком для фармацевтической общности деле А. и И. Поповых, которые обвинялись в подделке этикеток и добавлении к чаю копорской травы.

В это время в Москве нередко с целью фальсификации использовали кавказские суррогаты чая.

С появлением на фармацевтическом рынке продукции галеновых лабораторий и фармацевтических фабрик возникло еще одно направление в фальсификации — подделка заводских лекарственных форм (галеновых препаратов). Фабрики поставляли их не только в аптеки и аптекарские магазины, но и в аптекарские, москательные и бакалейные лавки, владельцы которых не были фармацевтами. Для привлечения покупателей они использовали вывески «Аптечный склад» или «Аптечная торговля», а впоследствии и сами занялись приготовлением простых и знакомых им средств. Так на фармацевтическом рынке появились изделия совершенно неизвестных лабораторий, с явно подложными этикетками.

Новый толчок развитию фальсификации дало появление на лекарственном рынке так называемых патентованных средств. В ряде европейских стран в XIX веке был принят закон о патентах, который защищал отечественного производителя. В Германии, например, закон охранял право заявителя пользоваться придуманным запатентованным названием. В результате аспирин продавался в 24 раза дороже, чем ацетилсалициловая кислота. Российские продукты нафталинового производства под названием нафталин мог продавать только дрезденский владелец патента. Ухитрялись подделывать внешнюю упаковку, состав (вместо пирамидона могли продать соду); суррогаты препаратов отождествлялись с дорогими патентованными средствами. Данный вид фальсификации в начале XX века стал настолько быстро и широко распространяться, что это отразилось в циркуляре Управления главного врачебного инспектора от 13 февраля 1909 г. № 1431: «...судебным следствием в городах Одессе и Вильно добыты данные о подделке следующих товаров: травы Шамбар, капсул и впрыскиваний Матико, Тиокола, Сирина, Ксероформа, Пирамидона, Анизола, воды Боржом, борнотимолового мыла Юргенса и др. Всего 27 предметов».

Патентование некоторых средств нередко было неоправданно. Часто патент составлялся на механическую смесь давно известного старого средства (Мигренин) или на новое название давно известного препарата. Патентованным средствам давали звучные, привлекающие внимание покупателей, названия. Для продвижения подобных средств использовались публикации в медицинских изданиях и, говоря современным языком, сетевой маркетинг — разьежающие по стране коммивояжеры предлагали патентованные средства врачам. В странах, где закон о патентах не был принят (например, в Швейцарии), была создана промышленность для приготовления тех же патентованных средств, но под химическим названием. Эти идентичные препараты, будучи проданы в Россию, употреблялись для замены дорогостоящих патентованных лекарственных средств. Однако они продавались населению по цене патентованных средств. Как отмечал Фармацевтический журнал, «...если эти дешевые идентичные средства были доброкачественны, то употребление их вместо дорогих патентованных было просто мошенничеством». Качество многих швейцарских препаратов было довольно сомнительным.

Первенство в мировой химико-фармацевтической промышленности до 1870 г. принадлежало Франции. После 1870 г. правительство Германии осознало огромное значение этой отрасли промышленности. Германия конца XIX века — главный производитель и поставщик фармацевтических препаратов. Мировую известность приобрели такие фирмы, как Шеринг, Мерк, Ридель. Именно с ними чаще всего заключали контракты земства и отдельные аптеки. К началу Первой мировой войны Россия оказалась в полной зависимости от Германии в области снабжения медикаментами. Начавшаяся война с Германией лишила Россию основного поставщика готовых лекарственных

Фальсификат
Фальсификат — это сознательное изменение рецептуры производства лекарственного средства. Замена дорогих компонентов более дешевыми, или снижение содержания (а в самом худшем случае и вовсе отсутствие) необходимого компонента лекарства. Кроме того, возможны и другие нарушения при производстве: нарушение времени и последовательности технологического процесса, занижение степени очистки, некачественные упаковочные материалы и др.

Контрафакт
Контрафактные лекарственные средства — это лекарства выпускаемые без разрешения патентодержателя — фирмы разработчика.

ИнтерНьюс

Конфликтуйте на здоровье!

В некоторых обстоятельствах конфликт позитивно влияет на здоровье и долголетие человека. Об этом свидетельствует исследование Университета Мичигана. Отметим, что раньше приходили противоположные результаты исследований: семейные ссоры повышают риск серьезных заболеваний и серьезных заболеваний. В рамках нового исследования ученые наблюдали за 192 семейными парами на протяжении 17 лет. По всем основным критериям — возрасту, социальному положению, состоянию здоровья, наличию вредных и полезных привычек — обследованные пары были практически идентичны. Все семьи были разделены на 4 группы на основании одного критерия: каким образом они разрешают конфликты. В 1-ю группу вошли те семьи, где супруги со злобой нападают друг на друга. Во 2-ю — семьи, где мужья оскорбляют жен, в 3-ю — пары, где, наоборот, жены оскорбляют мужей. К 4-й группе были отнесены те семьи, где супруги скрывают друг от друга свой протест, разочарование и обиду. Эти наблюдения позволили сделать неожиданный вывод: если супруги предпочитают разрешать дело миром и не дают воли своим эмоциям, уровень ранней смертности среди них вдвое выше по сравнению с семьями, где в той или иной форме эмоции выплескиваются. Авторы исследования предполагают, что причиной может быть накапливающийся стресс, однако для подтверждения этой гипотезы потребуются дополнительные исследования. «Если вы не высказываете своих чувств партнеру и не говорите ему, что вас обидело, это может для вас плохо закончиться», — говорит руководитель проекта Эрнст Харбург.

Источник: NEWSru.com

Доктор М. Рудневой обсуждается роль медико-экономических стандартов в оценке качества оказания медицинской помощи в Уфе

В Республике Башкортостан была введена система ведомственного и вневедомственного контроля качества медицинской помощи, разработаны медико-экономические стандарты, дифференцированные по районному, городскому, республиканскому уровням и обеспечивающие защиту интересов застрахованного пациента по объему и качеству гарантированной медицинской помощи. Они включают стандарты более чем по 40 профилям и определяют объем медицинских услуг в рамках Программы ОМС республики, средние сроки и требования к результатам лечения при соответствующих заболеваниях, а также объем необходимого финансового обеспечения. Анализ результатов вневедомственной экспертизы качества оказания медицинской помощи по 40 специальностям 58360 больным в 22 стационарах г. Уфы, работавших в системе ОМС по медико-экономическим стандартам в 2001—2005 гг., показал, что степень выполнения медико-экономических стандартов в комплексе с другими показателями может быть использована для оценки качества лечения пациента, а также позволяет дать экономическую оценку произведенных медицинских услуг на основе их стандартизации.

Источник: Проблемы стандартизации в здравоохранении, 2007, № 10

Интернет-стоматология

Один продвинутый лондонский стоматолог делает плановый осмотр своих пациентов через Интернет: Д. Уотсон осматривает зубы с помощью веб-камеры и принимает решение, стоит ли пациенту навещать в клинику лично. Больным все равно приходится идти в клинику, чтобы сделать рентген. Однако одновременно за 50 фунтов стерлингов гигиенист снимает им каменный налет с зубов и чистит полость рта. Доктор Уотсон, этим летом расширивший свою зубоорточную клинику еще на 20 пунктов, говорит, что лично может следить за пациентами в четырех клиниках одновременно. Он считает, что новые технологии приведут к тому, что все люди смогут проходить стоматологическую проверку на дому. «Нет никакой причины не делать этого, если домашние видеокамеры будут достаточно высокого качества. А в будущем нам понадобятся видеокамера, вмонтированная в электрические зубные щетки. Это будет фантастический прорыв», — считает доктор.

Источник: MIGnews.com

ИнтерНьюс

Отличительные особенности конструкции женщин

В состоянии беременности женщины могут нормально ходить и стоять, не валяясь с ног и не запрокидываясь, так как их позвоночник устроен иначе, чем мужской. Эти конструктивные различия возникли в тот период, когда наши предки перешли с ходьбы на четвереньках к прямохождению. Благодаря этому беременная женщина может прогибаться назад, чтобы сохранять равновесие вопреки тяжести плода. Одна из проблем, возникающих у двуногих, — то обстоятельство, что растущий в животе плод выпячивается вперед, а вместе с ним центр тяжести тела матери тоже смещается вперед относительно ее бедренных суставов; следовательно, равновесие нарушается, запросто можно рухнуть навзничь. У беременных четвероногих такой проблемы не возникает: центр тяжести в течение беременности остается между задними и передними конечностями матери. К. Уитком, биолог-антрополог из Гарвардского университета в США (Кембридж, штат Массачусетс), наблюдала за 19 женщинами на протяжении их беременности. Она обнаружила, что женщины выгибают нижний отдел позвоночника назад. Анатомические замеры показали, что позвонки этого отдела позвоночника у женщин имеют более выраженную клиновидную форму, чем у мужчин, что облегчает их выгибание. Уитком обнаружила, что отростки позвонков у женщин также относительно крупнее. Эта особенность дополнительно предохраняет от соскальзывания позвонков вбок, которым чревато более сильное изгибание позвоночника. У шимпанзе, которые передвигаются преимущественно на 4-х конечностях, эти особенности позвоночника не отмечены. Однако, когда ученые рассмотрели оба известных ископаемых позвонка Australopithecus africanus — древнего человека, который жил 2—3 млн лет назад, они обнаружили, что один из этих позвонков — как считается, это останки женщины — действительно имеет клиновидные позвонки и более крупные суставные отростки, как у современных женщин. Второй позвончик — он, как считается, принадлежал самцу, — этих черт не имеет. Отсюда можно сделать вывод, что еще у австралопитеков сложности, связанные с беременностью, повлекли за собой эти эволюционные изменения позвоночника. Палеоантрополог К. Розенберг из Делаварского университета в США добавляет, что те же самые видоизменения позвоночника, которые помогали женщинам из вида австралопитеков — и до сих пор помогают нашим современницам — во время беременности, наверняка приносили столь же большую пользу и после родов. В конце концов, когда женщина несет на руках ребенка, он смещает ее центр тяжести вперед еще сильнее, чем если бы находился в животе.

Источник: Inopressa.ru

Вам заклеить шовчик или зашить?

Австралийские ученые создали пленку из панциря крабов, герметично закрывающую линию разреза. Новинка имеет целый ряд преимуществ перед традиционными швами, в особенности при нейрохирургических операциях. Биополимер под названием Surgilux, разработанный специалистами из Университета Нового Южного Уэльса, образует пленку толщиной всего 50 микрон. Под воздействием инфракрасного лазера пленка прочно соединяется с тканями пациента, надежно закрывая зону операции. В отличие от традиционных швов абсолютная герметичность позволяет избежать таких осложнений, как подтекание спинномозговой жидкости при нейрохирургических операциях. Новая технология имеет преимущество и перед хирургическим клеем, поскольку не является токсичной и обладает определенными антимикробными свойствами. В настоящее время Фостер и его коллеги занимаются совершенствованием биополимера. Предполагается включить в его состав новомодные приамбасы типа факторов роста и, возможно, стволовых клеток, что позволит ускорить регенерацию поврежденных нервов, считают ученые.

Источник: MedPortal

Начало на стр. 7

средств, перестало также поступать лекарственное растительное сырье из Африки и Америки, которое транспортировали через Гамбург. Цены на медикаменты резко возросли от 40 до 1900%. Одновременно из-за военных действий повысилась потребность в медикаментах. Если прежде покупка препаратов у крупных, зарекомендовавших себя фирм служила гарантией доброкачественности, то в военное время известные и добросовестные фирмы, распродав старые запасы, не смогли обеспечить лекарственными препаратами российские аптеки. Лекарственные средства стали закупаться во Франции, Америке, Англии, Японии, Швейцарии и Италии, где была своя химико-фармацевтическая промышленность.

В России до Первой мировой войны фармацевтические кадры подготавливались только через аптеки и для аптек. Как отмечал А. Поповский (1917 г.), «вследствие сложившихся торговых и таможенных конъюнктур в России не представляло интереса заниматься промышленным производством лекарств». В августе 1914 г. Министерством народного просвещения был поднят вопрос о подготовке фармацевтов для химико-фармацевтических предприятий. За два года военных действий в России были созданы условия для производства в небольших количествах только хлороформа, морфия, карболовой кислоты и некоторых салициловых препаратов. Спекуляция лекарственными препаратами приобрела невиданный размах, что повлекло за собой сосредоточение товара в руках случайных лиц, сплошь и рядом не имевших до войны ничего общего с фармацевтикой и в лучшем случае обладавших лишь дипломом аптекарского помощника для права повсеместного жительства. Как отмечал К. Бенинг (доклад в Казанском отделении Императорского технического общества, 1917 г.): «Если в фальсификации до войны заметить можно было, так сказать, опытную, даже вдумчивую работу специалиста, то теперь фальсификация стала делом полнейших профанов».

В начале XX века в губернских городах стали создаваться контрольно-аналитические лаборатории со следующими функциями:

- исследование фармацевтических и химических препаратов, полученных от поставщиков, как в сыром, так и в обработанном виде;
- исследование образцов товаров, присланных различными фирмами;
- исследование пищевых веществ для определения их доброкачественности;

ФУТУРИЗМ

от П. Медика

НЕ ЖЕРТВУЙ СПЕРМУ СВОЮ

Год с небольшим назад обсуждался футуристический прогноз технологий повышения рождаемости. В статье предполагалось, что феминизация общества приведет к постепенному вытеснению естественных способов воспроизведения потомства: оплодотворение будет осуществляться с использованием ЭКО. Надобность в муже, отце семейства постепенно отпадет, вынашивание ребенка будет происходить под наблюдением специалистов в специальных резервуарах, дети, вероятнее всего, будут воспитываться вне семей (которых не будет). Такой прогноз вызвал некоторый шок у читателей, никто не высказался по этому поводу, кроме хмыканья, увидев в этой статье вполне реальное развитие событий.

Оказалось, что все хорошо забытое старое можно легко выдать за новое. Так правильно звучит эта поговорка. Так вот, эта ситуация совсем недавно воспринималась в государственном масштабе. Либексборн — Источник жизни — так назывались дома по культивированию истинных арийцев. Программа, курируемая Гимлером, состояла в том, что женщина, оплодотворенная истинным арийцем, бралась на государственное довольствие до ро-

- исследование лекарственного растительного сырья, растительных масел.

К. Бенинг также приводит результаты анализов лекарственных веществ, направленных к нему на испытание в 1916 г. владельцами аптекарских магазинов, врачами, коммивояжерами: «...сальварсан не содержал мышьяка; в йоде присутствовало до 30% перекиси марганца; вместо аспирина была борная кислота; бромистый натр содержал около 60% поваренной соли; каломель — 50% порошкового стекла; в ванилине было только 5% ванилина, остальное — сахар и квасцы; эвкалиптовое, анисовое, бергамотовое, мятное, лавандовое, сандаловое масла содержали до 90—95% жидкого парафина; под названием дионин был представлен солянокислый кодеин, разбавленный сахаром; лизол представлял собой калийное мыло со скипидаром (без крезолов), а виннокаменная кислота — квасцы, опыленные виннокаменной кислотой и т. д.»

По словам К. Бенинга: «...многие коммивояжеры, показав образец и узнав, что сделка будет совершена лишь после анализа, чуть ли не силой вырывали этот образец, негодую на подобную оскорбительную для них подозрительность». Анализируя виды и направления фальсификации лекарственных средств на фармацевтическом рынке, авторы публикаций Фармацевтического журнала (1917 г.) указали на основные причины этого явления:

- отсутствие точных законоположений о фальсификации фармацевтических средств;
- отсутствие точных законоположений о предмете фармацевтической торговли;
- отсутствие точных положений о лицах, которые могут заниматься фармацевтической торговлей.

В 1916 г. профессор Эрисман назвал первопричины появления и развития фальсификации на рынке пищевых и фармацевтических продуктов в России: борьба за существование; стремление к быстрой наживе, овладевшее всеми слоями современного ему общества; легкомысленное отношение к интересам ближнего; отсутствие всяких нравственных принципов в среде производителей, оптовой и розничной торговли пищевыми и фармацевтическими товарами.

Кажется за 100 лет фармпроизводители не сделали выводов...

Подготовила А. Власова
по работам М. Н. Гурьянова,
Е. Г. Балахонова,
Н. И. Левинштейна,
Н. И. Скороходова

ждения ребенка. Более того, не истинная арийка, вынашивающая ребенка для пополнения национального генофонда, получала субсидии от государства. При этом отец ребенка и муж женщины не отождествлялись.

После войны в Норвегии такие суррогатные матери подвергались гонениям и пострадавшей от этого оказалась мать одной из солисток группы АББА — Анна. Она позже разыскала своего отца — немецкого военного, но тот был уже в могиле. Такое вот было «ЭКО» на заре технологической революции.

Но наши товарищи тоже не отставали. Вот какую историю рассказал мне один немолодой акушер-гинеколог. Свечку не держал я, поэтому история хоть и правдоподоб-

ная, но отвечать я за нее не готов. Подрабатывали врачи в 60—80-е годы (а может быть, и позже), выявляя молодых дурочек, у которых были сложности с зачатием из-за немолодых, но состоятельных мужей. Летом выезжали эти врачи с подопечными в санатории южного берега Крыма, Черноморского побережья Кавказа, где происходило оплодотворение дамочек от быков-производителей. Ну не быков, а Казанов. Хотя и следили за соблюдением конфиденциальности, будущие матери не знали, кто донор спермы, но возникали и семейные трагедии. Приезжает такая молодка домой после бурного отдыха, а там — муж пожилой, кастрюльки, домашние заботы — и никакого бабского счастья. И развелись, пытались найти самцов-доноров, ездили повторно в тот же санаторий. Но гинекологи стоически хранили молчание.

Такие вот ассоциации навеяли на меня зловещие английские Дон Жуаны, оплодотворившего лесбийскую семью, которого за этот благородный поступок заставляют теперь платить алименты. Хотелось-то ему точно, как лучше.

Требования, предъявляемые к донорам спермы:

- возраст от 20 до 40 лет;
 - отсутствие отклонений в нормальных антропометрических и фенотипических признаках.
- Требования, предъявляемые к донорской сперме:
- объем эякулята более 1 мл;
 - концентрация сперматозоидов в 1 мл эякулята более 80 млн;
 - доля прогрессивно-подвижных форм (А + В) более 60%;
 - доля морфологически-нормальных форм более 60%;
 - криотолерантность.
- Объем обследования доноров спермы:
- определение группы крови и резус-фактора;
 - осмотр и заключение терапевта (1 раз в год);
 - осмотр и заключение уролога (1 раз в год);
 - осмотр и заключение психиатра (однократно);
 - медико-генетическое обследование (клинико-генеалогическое исследование, кариотипирование и др. по показаниям);
 - анализ крови на сифилис, ВИЧ, гепатиты В и С (действителен 3 месяца),
 - обследование на инфекции: гонорею, хламидиоз, генитальный герпес, уреаплазмоз, микоплазмоз, цитомегалию (действительно 6 месяцев).

Приказ Минздрава РФ от 26 февраля 2003 г. № 67
«О применении вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) в терапии женского и мужского бесплодия»

Сегодня в сознании «маленького украинца» «Врачи — насквозь коррумпированные, тупоголовые убийцы, жулики и бандиты». Не лишено, конечно, оснований. Но с другой стороны — как посмотреть. Кристально честных у нас в Украине, судорожно карабкающейся из социализма в капитализм, вообще не сыщешь. Даже на «страшном суде» — ни одного праведника не обнаружите, ручаюсь. А раз общество — такое, то почему же врачи должны быть хоть чуточку лучше его?

Врачебная мзда: причины, традиции, следствия

Бобров О. Е. — д. м. н., профессор, зав. кафедрой хирургии и сосудистой хирургии НМАПО им. П.Л. Шупика (Украина), эксперт Международного комитета по защите прав человека

Нам — тяжело, мы устаем от нищеты, наездов желтой прессы, реформ, выборов, перегрузок, потому нам и хочется компенсировать те невыносимые условия работы и беспросветное существование, в которые нас поставили правительство, время и обстоятельства. А деньги — это, пожалуй, главное, чего сегодня остро не хватает каждому из нас, и о чем постоянно приходится думать, вздыхать и грустить. Невольно вспоминаешь классика — «Финансовая пропасть — самая глубокая. В нее можно падать всю жизнь».

На зарплату, как источник средств существования (или пособие «на выживание»), давно уже никто всерьез не смотрит — жалкий мизер, да и тот норовят выплачивать нерегулярно. Да и подработать стало сложно. Вон сколько сидит врачей на 0,5 или даже 0,25 ставки. Остается либо ловчить с использованием всех предоставленных законных и не очень возможностей, либо — с чистой совестью — «светя другим, гореть самому и превратиться в огарок». То есть с чистой душой загибаться с голодухи. А загибаться — не хочется. Вот почему мы выдавливаем из больных и их родственников «поляны» да презенты натурой и дензнаками за сохранение их бесценного здоровья. Короче — самостоятельно ищем выход из тупиковой ситуации, в которую загнало нас государство.

Не все; нет, есть в медицине и бесребреники. Это — либо выходы из богатых семей, у которых и так все есть, либо безнадежные «тупицы», просто не способные «химичить» ввиду безнадежной прямолинейности мозгов и характера. Либо, наконец, принципиальные «честняги», которым «запало» «торговать врачебной честью». И потому они предпочитают недоедать, пить вместо хорошей водки «паленку», носить поношенную одежду, быть презираемыми женой и детьми, считающими тебя, главу семейства, жалким неудачником. И бродить по коридорам родной больницы живым и грозным примером для медицинской молодежи — мол, вот что ждет того из вас, кто и в самом деле рассчитывает пройти по жизни «честным Айболитом».

Таких, «не хапающих» по различным причинам, в медицине никак не больше 1% (мое личное наблюдение). Остальные же — берут, причем многие — еще как берут!

Однако и тут важно «не зарываться», «знать свое место» в общем строю, где «не по чину берешь!» — самое грозное из обвинений. И еще — право на мзду надо заслужить долгими годами беззаветной и самоотверженной работы, когда дежурства тянул, как проклятый; «вел документацию» на должном уровне, торчал на работе без выходных с утра и до позднего вечера, недосыпал ночами, недоедал, жену и детей видел урывками в редких промежутках между операциями, перевязками, собраниями, субботниками, общественной работой и дежурствами.

Подорвал ты здоровье служебными тяготами, себя не жалел и не берег; видели все это все и начальники, и коллеги, и подчиненные. Теперь со всеми ты — «Вась-Вась», перед каждым себя правильно «поставил» и нигде не «подставился». И вот тогда... только тогда получаешь ты официально негде не закрепленное, но на деле вполне осязаемое право «брать».

Понятно, что достойную жизнь тебе должно было дать государство, которому ты и служил. Но оно, сволочное — не дало. Поэтому теперь ты сам — на свой страх и риск — «добираешь»... Кто вправе осуждать тебя за это?

Можно быть всеми уважаемым, и — ничего не иметь. Это — твое право; некоторым даже нравится после многих лет преданного служения социуму кончать свою жизнь в нищете. Но это «удовольствие» — для «гурманов». А нормальному человеку хочется уюта и обеспеченности. А поскольку обнаглевшая держава, а точнее, «слуги народа» давно уже плюнули на свой народ и погрязли в собственной бездарности и внутренних разборках, то остается одно — самому заботиться о своем будущем, а заодно и — о настоящем. Это не так уж и трудно, «ежели уметь».

Но вот незадача, сидят во всех уютных местечках ветераны или «блатняки» и тихонько набивают себе карманы. А потом приходит в медицину новая смена, молодежь, видит, что «старички» имеют то-то, и нетерпеливо заявляют — «Мы тоже хотим!» А на каком основании? Ни заслуг, ни опыта, ни преданности делу, одна только жадность в соединении с завистью... «Мне тоже дайте!» — требуют нагло там, где можно тонко и неназойливо «дойти клиента»; хватают его за горло и вышибают «бабло». А сделаешь такому замечание — вопит в ответ: «А почему мне нельзя, если зав. отделением, главврачу, доценту (профессору и т. д.) — можно?»

Из-за таких загребуших болванов наши граждане медицине и не любят. Умудренные жизнью ветераны «оборзевшую» молодежь тоже недолюбливают, но и побаиваются, стараясь при малейшей возможности от таких избавляться, кинув их под каток очередной компании по борьбе с взяточничеством и коррупцией. Но чаще бывает по-другому. Только заезжает кто-то из «старожилов», молодежь его миглом подставит, и тогда каток «возмездия за коррупционные действия» безжалостно его сомнет и утрамбует.

Сегодня в медицине «берут» (точней, постоянно готовы взять) везде и практически каждый. Это — аксиома. Но так же верно и то, что массовой, всеохватной и всеобъемлющей системы взяточничества и поборов, как в настоящей мафии, в медицине нет и быть не может в принципе. Не та система.

Нет такого, чтобы ординаторы «брали» и, оставив себе «законную долю», передавали заведующим и начмедам, а от тех же, взявших свои «комиссионные», деньги капали бы в «казну» главврачей и зав. гор(обл)здравами. А министр, как главнейший пахан, держал бы «общак» и процветал за счет вверенного ему личного состава. Чепуха это! Почему?

Ну, во-первых, Минздрав, как и любое из государственных ведомств, раздроблено, разделено, разбито на великое множество департаментов, отделов, комитетов, а точнее — групп, группировок, кланов, «сфер влияния», «крыш» и «стай». И все они ожесточенно борются за уютные места под солнцем, внимательно наблюдая, друг за дружкой, неустанно конкурируя и противоборствуя, но объединяясь в союзнические блоки для совместных атак на общего врага, то разъединяясь, переругиваясь и вероломно нападая на вчерашних друзей и подельников. Так что «пахана» просто не может быть «по определению». Вспомните чехарду с министрами за годы «незалежности». За такой короткий срок пребывания на должности не то что мафию создать, оглядеться не успеешь.

Идет беспощадная война кланов, амбиций и личных интересов, привычно прикрываемая красивыми словами о заботе о «маленьком украинце» во имя интересов общества и на благо людей. Тут каждый рад в любой благоприятный момент подставить ножку каждому. Люди «главврача Иванова» копят и множат компромат на людей «профессора Петрова», «чиновника Сидорова» и всех прочих, причем люди «Петрова», «Сидорова» и всех прочих тоже не лыком шиты и держат наготове чемоданы компромата на людей как «главврача Иванова», так и всех прочих «генералов от медицины», окромя собственного шефа (впрочем, наиболее дальновидные и на родимого шефа компромат имеют в записнике — на всякий пожарный).

Время от времени что-то из этого компромата — при надобности — пускается в ход; кто зевнул и «подставился» — тех гонят в шею, судят и сажают даже, на радость нашим СМИ, повествуящим (по подсказке извне!) об очередных успехах операции «по борьбе с коррупцией в медицине». Хотя на деле одни (более удачливые) «скушали» других (менее удачливых), только и всего.

Но возможность «сесть» при таком раскладе существует практически у каждого (не исключая и министра). Именно этот фактор сдерживает и умеряет аппетиты; приходится «зелени» (говоря условно), с оглядкой «берут» только одну.

К внутренней врачебной грызне и раздорам (врач врачу — волчище) добавляются сложные взаимоотношения медицинской мафии с прокурорской, судейской, налоговой, финансовой, политической и, разумеется, чисто уголовной мафиями. Тут тоже — масса сложностей, противоборств, подводных течений и непримиримых противоречий, в результате чего эти взаимоотношения постоянно колеблются в диапазоне между «нежной дружбой» (какая тут дружба?) и жестокой враждой. Внешне проявляется это в том, что-то правоохранители «наезжает» на кого-то могущественного от



ИнтерНьюс

Раненные медицинские сестры

Каждая 10-я медсестра получает по крайней мере одну 1 в год из-за применения шприцов, игл, медицинских скальпелей и ножниц, что существенно повышает риск заражения инфекциями на рабочем месте. Эти риски остаются одинаковыми как для медсестер в крупных клиниках, так и для тех, кто работает в частных санаториях, амбулаторных больницах и даже на дому у пациентов. Чаще всего такие инциденты происходят при выполнении сложных процедур, многие из которых предусматривают использование игл и других острых инструментов. При этом исследователи из Университета Колумбии отметили тревожный факт — 70% медсестер, получивших «производственную рану», не обращались после этого за врачебной помощью и не проходили обследования, что необходимо для предотвращения возможного распространения инфекции. Кроме того, работники здравоохранения находятся в особой группе риска получения серьезных инфекций крови, включая СПИД, гепатит С и В. По данным американских экспертов, только 65% медсестер, обслуживающих таких больных, сообщали администрации больницы о полученных ранах, что ставит под угрозу здоровье и других пациентов. Три самые распространенные причины столь неосмотрительного поведения — боязнь получить выговор или увольнение, недостаток времени в рабочий период и незнание, к кому обращаться, выяснили специалисты.

Источник: АМИ-ТАСС

Генотип часов

Американские ученые отследили механизм биологических часов человека до единственного гена, который их запускает. Реагируя на изменения в окружающей среде, механизм биологических часов регулирует многочисленные функции организма: от сна до обмена веществ и даже поведения. Ученые предупреждают, что нарушения данного механизма могут вызвать различные тяжелые последствия для здоровья, в том числе бессонницу, депрессию, сердечные заболевания и даже рак. При этом они надеются, что с установлением точного порядка действия биологических часов можно будет создать более эффективные методы лечения нарушений сна и связанных с ними проблем. Как установили генетики из Калифорнийского университета, весь механизм включается одной-единственной аминокислотой в составе человеческого белка, которую производят ген CLOCK и его «партнер» BMAL1. Эта аминокислота, в свою очередь, воздействует на 15% других генов. Именно поэтому, когда процесс нарушается, последствия оказываются столь разнообразными, объясняют специалисты. В настоящее время ученые проверяют действие антител, воздействующих на аминокислоту биологических часов. Доктор Нил Стэнли, специалист по проблемам сна из больницы при университете английского города Норидж, признал, что все существующие на сегодняшний день методы лечения нарушений сна воздействуют на одно и то же соединение в организме, при том, что самих нарушений известно 89 видов.

Источник: www.newsru.com

Более трети россиян недовольны отношением медицинских работников

Филиал ЗАО «МАКС-М» в Московской области провел исследование причин недовольности пациентов медицинскими услугами: 40% опрошенных недовольны качеством медицинских услуг, 38% — отношением медицинских работников, 22% — организацией работы медицинских учреждений (По результатам анкетирования, проведенного в Московской области). Более детальный анализ этих данных способен помочь в реформировании системы здравоохранения. Ведь если качество работы во многом связано с новыми технологиями и финансовыми вложениями, то отношение мед. работников — это проблема, которая в меньшей степени зависит от финансирования. Ведь благодаря нацпроекту «Здоровье» уровень оплаты труда врачей был повышен, однако не все изменили отношение к пациенту. Возможно, это отношение можно изменить через персональную ответственность врача и психологическую подготовку.

Источник: http://www.medrating.ru

ИнтерНьюс

Доктором Л. Стронгиным с коллегами из Нижегородской государственной медицинской академии показано, что для диагностики кардиоваскулярной автономной нейропатии у больных сахарным диабетом типа 2 с хронической сердечной недостаточностью можно провести анализ вариабельности сердечного ритма при 5-минутной регистрации ЭКГ в состоянии покоя

Показатель SDNN < 33 мс свидетельствует о наличии нейропатии. Предлагаемый способ диагностики характеризуется высокой прогностической ценностью положительного результата и хорошей воспроизводимостью.

Источник:

Клиническая геронтология,
№ 8, 2007

Какую воду мы пьем

Половина граждан России вынуждены пользоваться некачественной питьевой водой, а 30 млн не имеют доступа к централизованному водоснабжению. При этом износ фондов в системах водоканала составляет 58%. «Росстрой определил потребность в ресурсах для нормализации ситуации с питьевой водой в 2,531 трлн рублей, то есть в 18 тысяч рублей на каждого жителя России», — заявил гендиректор МГУП «Мосводоканал» С. Храменков. Несмотря на это, россияне продолжают доверять водопроводной воде. Как показал опрос ВЦИОМа, проведенный по заказу Российской ассоциации водоснабжения и водоотведения, 82% населения по-прежнему используют в качестве питьевой воды обычную воду из-под крана. А привычную для европейцев бутилированную питьевую воду покупают всего 3% россиян. Несмотря на заверения в полной безопасности водопроводной воды и в хорошем ее качестве, по информации инфекционистов, прозвучавшей на II Российском медицинском форуме, проходившем в Московской медицинской академии имени Сеченова в октябре 2007 года, сегодня 20% воды, которой пользуется население РФ, не соответствует гигиеническим требованиям, но ею пользуются для питья около 50% населения страны. Конечно, вода в Москве существенно чище. Но и здесь из 4,4 млн кубометров воды в сутки, которую предоставляет «Мосводоканал» москвичам, только 500 тысяч кубометров подвергается очистке современными способами, остальная вода обеззараживается хлорсодержащими реагентами, что само по себе не безвредно. «Чтобы довести ее до европейских стандартов и требований ВОЗ, потребуется время до 2020 года и \$10 тысяч на обработку каждого кубометра», — заявил Станислав Храменков. Кстати, «водный патриотизм» российских граждан, возможно, также объясняется нехваткой средств. По данным ВЦИОМа, 24% тех, кто не покупает питьевую воду в бутылках, делали бы это, если бы у них были на это деньги. Правда, в ассоциации водоснабжения и водоотведения уверяют, что деньги были бы выброшены на ветер — все равно в бутылки почти повсеместно льют ту же водопроводную воду. Тем не менее воду в бутылках покупают все больше. «Рынок бутилированной воды без учета поставок ее для автоматов-кулеров по России в 2006 году составил 295—300 декалитров, или \$1,25 млрд», — сообщила ведущий аналитик компании «Бизнес Аналитика» Снежана Равлюк. — Это быстро растущий рынок, прибавляющий до 12—15% в год». Сейчас на каждого жителя России приходится 20 литров бутилированной воды в год, в Москве показатель в два-три раза выше, а в странах Западной Европы показатель в 5 и более раз выше, отметила эксперт. Рост рынка, по мнению аналитиков, будет постепенно замедляться, но станет более заметен в регионах. Сравняться с европейским рынком не дадут и низкие доходы населения, и иная культура потребления — большая приверженность к газированным напиткам и сокам.

Источник: GZT.ru

Начало на стр. 9 ↗

медицины, то кто-либо из могущественных «наезжает» на правоохранителей. Взрываются пиар-«мины», а иногда свистят и вполне натуральные пули. Кто-то падает, кого-то увозят под конвоем, редуют врачебные ряды, а уцелевшие становятся втрое осторожнее (собственно говоря, только очень осторожные в этом зоопарке и выживают!), идет естественный внутренний отбор.

Но это — лишь одна сторона медали.

Другая ее сторона состоит в том, что и внутри группы (клана, «стаи» и т. п.) «вожак» не может разрешить своим подручным мздоимствовать вволю и бесконтрольно. Ибо это не только делает клан уязвимым перед сборщиками компромата из противоборствующих группировок, но и подрывает внутреннюю дисциплину в «стае», лишая главаря множества возможностей по воздействию на своих людей. Он уже не может, не вправе жестко требовать исполнения своих указаний, ведь они сразу же скажут — «Постой, мы тебе бабки даем, а ты на нас же еще и наезжаешь?!» И в лучшем случае — пошлют его на три буквы, а в худшем — сдадут правоохранителям.

Для любого главврача, скажем, наладить через своих зав. отделениями систему сбора податей с ординаторов — это как разъяренного тигра у себя дома держать. Некоторое время ты сможешь уживаться с ним на одной жилплощади, но рано или поздно он тебя обязательно сожрет! Так что ни копейки не возьмет главврач от своего подчиненного (если только он — не окончательное «лим-попо»). А совсем наоборот, на каждом совещании громогласно будет запрещать подчиненным заниматься поборами. И если кто-то на этом засветится и попадется, то без сожаления поперет главный врач из больницы любого, за действия которого, как начальник, он ответственен.

Ну а сам? Сам тихонечко устроит свою жену, брата или свояка соучредителем в некую мед- или фарм-фирму или ремонтную артель, и затем устроит реконструкцию больницы с перевооружением медтехники, и на вполне законных основаниях будет получать оттуда каждый месяц не то чтобы супер-крупный, но вполне достаточный для неголодной жизни доход. Или сдаст «пустующие» помещения больницы под магазины, аптеки, киоски. И даже если все вокруг будут знать, от кого главврач «кормится», — то догадываться и быть способным доказать — это же две разные вещи! Никто ничего и не докажет (разве что компроматчики слишком уж подсуеются и расстараятся). И чем больше и активнее будет брать в свой карман товарищ главный, тем жестче и решительнее станет проссывать подчиненных, говоря им — «Не смей брать!». И подразумевая — «Делайте, как и я, но только — не светитесь...»

Виноват лишь тот, кто попался, а попадают (за редким исключением) лишь неумехи и неудачники, а таким в медицине — не место. Из-за этого приходится затрачивать массу усилий, чтобы не только «зашибить» лишнюю копейку, но и «зашибить» ее так, чтобы лицемерное начальство имело основания ничего «не заметить!». А где ж найти на это силы и время, если проклятая работа отнимает их целиком?

Не поверите, но именно забота о здоровье населения сплошь и рядом мешает врачам всецело посвятить себя главному занятию — добычанию денег на прокорм себе и домочадцам. И не за «длинным долларом» гоняются большую часть времени, а бегают целыми днями вокруг какого-то «жирного пациента» за долю малую. Авось что-то капнет для поддержки штанов.

И потом, не все для себя зарабатывают. «Левые» доходы нужны врачам еще и потому, что очень много денег уходит и на чисто «производственные» потребности. На подарки и те же «полюны» нужным людям, на аттестации, чтобы комиссию убажить, дни рождения, юбилеи, поздравления начальников, больших и не очень — да много еще куда.

Из горздрава, администрации, санэпидстанции, да еще много откуда регулярно навещают проверяющие комиссии, «трясут» больничку уже одним своим присутствием. При желании абсолютно в каждой больничке можно такого насрести, что все начальство придется гнать к чертовой бабушке. А начальство, известно, «выгоняться» на пенсию само никак не хочет (кто — фанат нашего врачебного ремесла, и ничего иного делать не умеет, а кому просто боязно расстаться с местом у «кормушки»; ведь если не сможет он больше доить «свои» фирмочки — погонят из соучредителей с превеликим удовольствием!). Отсюда задача: проверять-лишников задобрить и от излишней их прыти предохраниться.

Что-то само начальство дает им, из рук в руки и без свидетелей, но и личный состав как бы обязан вкладчину часть расходов взять на себя. И хорошо, если проверяющих — двое-трое, ну а если комиссия комплексная, и в ней 20—30 человек? Да в больничке расположились они дней на десять... И всем им надо организовать еду-питье, в кабак их сводить, культурную программу устроить и т. д.? Откуда средства на это взять?

Комичная ситуация — когда комиссию прислали именно для проверки, не занимаются ли в данной больничке поборами. И вот для того, чтобы эта комиссия сделала благоприятный вывод в духе — «есть отдельные нарушения, но в целом все — нормалек!», именно поборами врачи и вынуждены были заниматься. Не на свою же смешную зарплату ревизоров убаживать. Вот в этом и есть проза жизни.

Хоть начальство и прикидывается ничего не видящим и не замечающим, но на деле оно прекрасно знает, кто из подчиненных — мастак по «выбиванию» денег. И если ты в прошлом месяце, к примеру, удачно полечил «фирмача» и «состриг» с него энную сумму, а в этом месяце вдруг отказался участвовать в содержании очередной орды ревизоров, то кривятся в твою сторону отцы-начальники. Прямо в лоб они не спросят — «Почему не делишься «леваком», но этот вопрос будет немом читаться во всех их придирах, попреках, разносах.

Так что либо «зашибай» большую сумму и «отщипывай» от нее в больничный «общак», либо (есть и такие «спецы») — усердно лижи начальственные задницы и на всех перекрестках превозноси свое непосредственное руководство (доброе слово и козе приятно). Ежедневно и ежечасно каж-

дый из нас делает свой выбор — что кому ближе и милее. Но так, чтоб вообще — ничего, и при этом тебя держали в больничке — такого нет и не будет.

Чтоб больше не возвращаться к этой теме, скажу, что как по мне — так лучше, спокойнее, удобнее и безопаснее жить честно. Повысь мне зарплату до приличного уровня и плати ее регулярно, не вынуждай меня начальство и обстоятельства делать «левые» траты — фиг бы взял с кого-то хоть копейку, оно мне надо — унижаться и кланяться, я же — врач, а не побирушка. Но — приходится.

Да, моя вина... Но и — моя беда.

Есть две категории врачей — «честный врач» и «хапуга». «Честный врач» на различные нарушения и злоупотребления идет вынужденно, сплошь и рядом вопреки сложившимся обстоятельствам старается поступать соответственно своим принципам. В каждой конкретной ситуации самолично решает, будет ли иметь дело с этим вот человеком, возьмет ли (как вариант — потребует ли) с него деньги. Или же не возьмет, не воспользуется возможностью на нем «заработать», сделав для него все необходимое, но не взяв с него за это ни копейки.


А «хапуга», особенно из молодежи, этого сегодняшнего «озимого поколения, выбирающего Пепси» — «гребет» все подряд. Нельзя ему не «брать» от всех и каждого; основной стержень его жизни — поиски личной выгоды, ради нее он пойдет на все что угодно. Вплоть до того, что «мелочь по карманам тырить будет», и даже не поморщится.

Продолжение на стр. 10 ↗





КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ
АНАЛИЗ



ВЫШЛА В СЕТЬ НОВАЯ КНИГА!

КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ
3-е издание
дополненное с приложениями
Под редакцией профессора П.А. Воробьева

Издательство НЬЮДИАМЕД
2008 г.

Как правильно считать деньги, всегда ли дешевле — дешево, а дорогое — дорого, что такое соотношение затраты/эффективность, как правильно составить формуляр больницы, как рационально подобрать лекарство больному, что такое фармакоэкономика и формулярная система — ответы на эти и другие вопросы Вы найдете в книге.

Монография — размышления о качестве медицинской помощи, современном состоянии здравоохранения, рациональных путях развития здравоохранения. Впервые представлен анализ систем лекарственного обеспечения в США, странах Западной и Восточной Европы. Подробно изложена методология фармакоэкономических (клинико-экономических) исследований, моделирования, методов принятия решений. На многочисленных примерах показаны достижения российских экспертов.

Книга адресована главным врачам, начмедам, клиническим фармакологам, членам формулярных комиссий.

Начало на стр. 9, 10

«Честный врач», когда «на лапу» берет, старается так повернуть ситуацию, что это не он у «клиента» бабки выуживает, а «клиент» умоляет их от него принять в дар. «Честный врач» еще и поломаётся — не то, чтобы цену себе набивает — пусть видит «клиент», что не продается ему, как шалава, а оказывает ценную услугу, не упустив при этом и личной выгоды... Разница с «озимыми» — существеннейшая!..

На это же, кстати, тайно и рассчитывает государство, понимающее, что на врачебную зарплату не проживешь, и потому молчаливо одобряющее мой «подкорм» за счет части пациентов. Еще первый нарком здравоохранения сказал — «Хорошего врача — народ прокормит, а плохого нам не нужны». Главное условие все то же — не попадаться! А кто попался — тот «козел»; в «зону» его, да еще и газетах заклеить, как отщепенца.

Кроме того, «врачебная мзда» еще и хороший поводок. Чуть почувствовал доктор самостоятельность, проснулось в нем чувство собственной ценности и незаменимости... Бац! И статейка УК всегда под рукой. Так что мизерные зарплаты — хороший дополнительный стимул к дисциплине и круговому молчанию.

А теперь расскажу, как все эти общие принципы реализуются на практике.

В первые месяцы своей работы в больнице я ни от кого ничего не «брал», лишь присматривался к общепринятым правилам. Ну а потом, осмыслив пределы мне по должности «негласно дозволенного», потихонечку начал «доить» своих пациентов. Не всех, разумеется, а лишь состоятельных. Замечу, речь идет о небольших суммах. На большее и не претендовал, понимая, что право на «жирный кусок» в медицине надо заслужить. В нашей системе только до поры до времени тебе дают возможность делать что угодно (в разумных пределах, разумеется), но если уж за что-то взъелись на тебя руководящие задницы — все, амбец, не слезут с тебя до конца, будут бить и в хвост, и в гриву, пока копыта не откинешь.

Был у нас один хирург, назовем его «Х». Умным и образованным себя считал, и потому часто руководство критиковал — за глаза, конечно, и особенно, когда выпивши. А у нас кадры — известно какие, наступать на товарища для многих — за счастье. Ну и решило начальство его выпереть — в отместку. Уйти по-хорошему, он наотрез отказался, придаться по работе — к нему было трудно. К тому же он был из редкой касты «неберущих». Тогда установили за ним негласный контроль, рассчитывая на чем-нибудь поймать. В итоге таки поймали на том, что ночью, на Новый год, во внеслужбное время, он зашел в больницу с бутылкой водки. Да в больнице и причастился. Не сам, конечно, но сдали только его. Деться «Х» уже было некуда — подал заявление — «по собственному».

Из-за одной-единственной бутылки жизнь человека поломать — это у нас запросто. Что другие в это же самое время пили и пьют по-черному, и «левые» зашибают — это никому не интересно (до поры, до времени, разумеется) — те ведь не «под прицелом»... Отсюда мораль — делаешь что-либо противозаконное или не делаешь, при желании тебя все равно «съедят». Так лучше уж делать, но — осторожно, оберегаясь, зная время, место и меру всему.

Брать мзду тоже надо уметь, точнее говоря — надо уметь не принимать мзду во всех случаях, когда твоя безопасность не гарантирована на все сто, если не на двести. А когда еще до поступления в больницу клиент бабки тебе открытым текстом предлагает, то это тебе должно быть — как быку красная тряпка. Первая мысль — «Раз предлагает деньги — провоцирует». И зачастую выходит так — хотел человек себе лучше сделать, но в результате только подвел себя, «подставился». Ни в коем случае нельзя принимать открыто, напрямую даваемые тебе деньги от незнакомых субчиков. Тут тебе до тюряги — лишь крошечный шагоч.

В последние годы — год приток «левых» в мой карман сильно сократился. И не только в мой, я же не слепой — вижу общую тенденцию. У моих коллег-врачей побочных доходов тоже стало намного меньше. Почему? За других расписываться не буду, скажу только о себе.

Пожалуй, основное — меньше стало возможностей «брать» и «хватать». Сегодня все доходные места давно поделены и переподделены, на всех их стало не хватать, в борьбе конкурентов победили сильнейшие (в данном случае — те, кто обладал должностями, возможностями и связями). Поднялись частные больнички, куда и переехали состоятельные пациенты. Что раньше имели десять ординаторов, сейчас получают два-три учредителя. В такой ситуации что остается мне, рядовому хирургу?

Конкретный пример — еще пару лет назад полечил практически любого пациента, пришедшего на плановую операцию — и, если не «зарываться» и не наглеть, имеешь себе на завтрак с обедом. А сейчас плановых больных (кроме пенсионеров и бомжей) в муниципальной хирургии вообще нет. Нормальные люди уже поняли, что лучше цивилизованно заплачивать через кассовый аппарат в частной клинике, чем за все платить «черным налом» в государственной богадельне. Кстати и цены сопоставимы.

Можно, конечно, демпинговать, почти задаром оперировать (курочка по зернышку клюет) — но свои же коллеги скажут, дескать, «беспредельничаете, парниша», и подставят при удобном случае. Чтобы остальным цену не сбивал.

А жизнь — штука хитрая, появившись завтра у обиженных мною коллег хоть малейшая возможность кинуть мне подлянку — сомнут ведь они меня в два счета! Так что на «беспредел» ни я, ни мне подобные никогда не пойдут.

Так что «по-правильному» зашибить деньгу уже не удастся, кончилась прежняя лафа. На смену «дикому капитализму» приходит постепенно «цивилизованное буржуинство», и моя функция в нем — сопеть в две дырочки и горбатиться на нищенскую зарплату или пробиваться в частную клинику.

И последнее. Раньше я шел на определенный риск с верой, что в случае чего товарищи меня подстрахуют и вытащат из неприятностей, хотя бы из корпоративных соображений — «Сегодня — ты, а завтра — я; отмажем» тебя сегодня — завтра и ты нас «отмажешь!» Короче, врач врачу был тогда друг, товарищ и подельник. Нынче — не то. Мои коллеги запуганы бесконечными междусобойчиками «все против всех»; заступись они за меня — и сами попадут «под пресс», оно им надо?! Теперь лозунги дня — «Каждый сам за себя!» и «Ты влип — ты и выпутывайся!» В медицине сегодня, как и в любой стае, больных, раненых и ослабевших — добивают!

Что касается начальства, то больше всего боится оно быть уличенным в собственных неблагоприятных делишках, практически у каждого — рыльце в пушку и куча врагов, желающих тебя «скушать» и отнять твой сегмент «кормушки». Отсюда две задачи — как можно лучше замаскировать собственные неправомерные доходы (обычно это — соучредительство в ряде прибыльных фирм и частных предприятий) и как можно быстрее откеститься от своих попавшихся на мелком жульничестве подчиненных. Заступись начальство за них — могло б и само быть утянутым ко дну, а так, беспощадно расправившись с «взяточниками и коррупционными перерожденцами», наше руководство как бы доказывает, что уж само-то оно — ни-ни, сплошные честняги, ангелы.

Так что «залететь» сейчас за мздоимство на моем уровне — что грипп в общественном транспорте подхватить. Я иногда даже удивляюсь, почему у нас еще не все врачи уволены и брошены за решетку, — материал-то на каждого сыщется. Но это, наверно, начальники просто побаиваются: посади они нас всех — кто же тогда работать будет? Вот поэтому только врачи и на свободе до сих пор.

Доходит до маразма. И деньги мне позарез нужны, а — не беру, строю из себя херувима, и все только потому, что — боюсь! Нет, без балды — это ж такая трагедия в душе, что никакими словами не передать.

Сопредседатели секции:

<p>– Богомолов Б.П., член-корр. РАМН, д.м.н., профессор</p> <p>– Ноников В.Е., д.м.н., профессор</p>	<p>– Чучалин А.Г., академик РАМН, д.м.н., профессор</p> <p>– Белевский А.С., д.м.н., профессор</p>
--	--

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:

<p>– Белевский Ю.И., член-корр. РАН, академик РАМН, д.м.н., профессор</p> <p>– Сандриков В.А., академик РАМН, д.м.н., профессор</p> <p>– Глезер М.Г., д.м.н., профессор</p> <p>– Савенков М.П., д.м.н., профессор, кардиолог</p> <p>– Парфенов В.А., д.м.н., профессор, невролог</p> <p>– Чупин А.В., д.м.н., профессор, ангиохирург</p>	<p>– Белевский Ю.И., член-корр. РАН, академик РАМН, д.м.н., профессор</p> <p>– Сандриков В.А., академик РАМН, д.м.н., профессор</p> <p>– Глезер М.Г., д.м.н., профессор</p> <p>– Савенков М.П., д.м.н., профессор, кардиолог</p> <p>– Парфенов В.А., д.м.н., профессор, невролог</p> <p>– Чупин А.В., д.м.н., профессор, ангиохирург</p>
--	--

Программа заседания:

1. Круглый стол
2. Обсуждения
3. Доклад спонсоров

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

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

Сопредседатели секции:

<p>– Богомолов Б.П., член-корр. РАМН, д.м.н., профессор</p> <p>– Ноников В.Е., д.м.н., профессор</p>	<p>– Чучалин А.Г., академик РАМН, д.м.н., профессор</p> <p>– Белевский А.С., д.м.н., профессор</p>
--	--

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»

БЕСТСЕЛЛЕР учебно-методической литературы!



«ЛАБОРАТОРНАЯ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА. СПУТНИК ИНТЕРНИСТА»

Под ред. профессора П.А. Воробьева

Издательство «НьюДиамед»

В краткой, но точной форме содержит показатели нормы и трактовку результатов:

- общеклинических и биохимических исследований крови,
- мочи, системы гемостаза, других биологических жидкостей,
- ЭКГ, ФВД, тестов функциональной диагностики, ультразвуковых исследований внутренних органов и др.

Всего 8000 параметров.
Разнообразный перечень критериев и признаков заболеваний.
Для каждого исследования написаны пределы нормальных значений, возможные отклонения от нормы и трактовка этих отклонений.
Книга — Ваш верный помощник в любой ситуации по выбору правильного диагноза.


ЧЕЛОВЕК И ИНФЕКЦИЯ

ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКАЯ СЕКЦИЯ

Приглашение

«Туберкулез»

8 апреля 2008 года
Начало в 17.00
Вход по приглашениям



**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) завершается главами, посвященными клинической дифференциальной диагностике, охватывающей широкий круг болезней, в том числе клинически сходных неинфекционных заболеваний.

В основу клинической диагностики ИБ положены ведущие симптомы и синдромы: лихорадка, сыпи, лимфаденопатия, бронхолегочные поражения, боль со стороны органов брюшной полости, диарея, геморрагические проявления, поражения печени, почек, опорно-двигательного аппарата и др.

Проведен анализ результатов исследований гемограммы при различных ИБ, объединенных общим механизмом заражения, изложены основные методы лабораторной диагностики. В сжатом виде представлены неотложные первичные меры, ограничивающие распространение ИБ.

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

Заявки на приобретение можно направлять по адресу:
115446, Москва, Коломенский пр., д. 4, ГКБ № 7, издательство НЬЮДИАМЕД
Тел/факс (499) 782-31-09
E-mail: mtpndm@dol.ru
Подробности на сайтах www.zdravniga.net и www.zdravniga.net

КАРДИОЛОГИЧЕСКАЯ СЕКЦИЯ

АНГИОЛОГИЧЕСКАЯ СЕКЦИЯ

Приглашение

«ИБС: таблетки или «скальпель»?»

20 марта 2008 года
Начало в 17.00
Вход по приглашениям

ИНФОРМАЦИОННОЕ ПИСЬМО

Уважаемые коллеги!

Курс стандартизация в здравоохранении при кафедре гематологии и гериатрии ФПФОВ Московской медицинской академии им. И.М.Сеченова регулярно проводит **циклы тематического усовершенствования**, предназначенные для врачей всех лечебных специальностей, специалистов в области общественного здоровья и организации здравоохранения по следующим направлениям:

- Стандартизация в управлении качеством медицинской помощи (12.03.2008—08.04.2008 г.; 08.04.2008—06.05.2008 г.).
- Медицина, основанная на доказательствах и клинико-экономический анализ в управлении качеством медицинской помощи (07.05.2008—04.06.2008 г.; 30.05.2008—27.06.2008 г.).

Основные вопросы, рассматриваемые на курсе:

- Система обеспечения качества в здравоохранении.
- Система стандартизации в РФ, законодательство РФ по стандартизации.
- Протоколы ведения больных.
- Стандартизация в сфере лекарственного обращения.
- Клинико-экономический (фармакоэкономический) анализ медицинских технологий, медицина доказательств, основы формулярной.

Цикл является бюджетным для организаций (учреждений) относящихся к системе Минздрава РФ, лично участниками курса оплачивается только проезд и проживание в гостинице. Для организаций (учреждений) не относящихся к системе Минздрава РФ, или имеющих негосударственную форму собственности цикл оформляется на договорной основе. По окончании цикла выдается свидетельство установленного образца.

Обращаться по тел./факс 609-13-57
Тюрина Ирина Вячеславовна,
Нерсесян Мадлена Юрьевна
E-mail: mtpndm@dol.ru

ЧЕЛОВЕК И ИНФЕКЦИЯ

ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКАЯ СЕКЦИЯ

Приглашение

«Желудочно- легочная болезнь»

4 марта 2008 года
Начало в 17.00
Вход по приглашениям

Сорбифер® Дурулес®

Оптимальный препарат железа

Для лечения и профилактики железодефицитной анемии

Сорбифер® Дурулес® включён в новый "Перечень лекарственных средств, отпускаемых по рецепту врача при оказании дополнительной медицинской помощи отдельным категориям граждан, имеющим право на получение государственной социальной помощи"

Введён Приказом Минздравсоцразвития от 2 декабря 2004 года № 296.



Регистрационное удостоверение П № 011414/01 - от 29.07.2005

Представительство АО "Фармацевтический завод ЗИС" (Венгрия) г. Москва
12342 Москва, ул. Крылатки Пресс, 1-7, тел. 4401 363-3166,
факс 4401 366-2208, http://www.zispharm.com, e-mail: info@zispharm.com
Региональные представительства:
Санкт-Петербург: 8120 144-130, Ростов-на-Дону: 88020 63-8907

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, В.В. Власов, О.В. Борисенко
Редакционный совет: Воробьев А.И. (председатель редакционного совета), Ардашев В.Н., Беленков Ю.Н., Белоусов Ю.Б., Богомолов Б.П., Божарев И.Н., Бурцев В.И., Васильева Е.Ю., Галкин В.А., Глезер М.Г., Гогин Е.Е., Голиков А.П., Губкина Д.И., Гусева Н.Г., Дворецкий Л.И., Емельяненко В.М., Зайратьянц О.В., Заславская Р.М., Иванов Г.Г., Ивашкин В.Т., Кактурский Л.В., Калинин А.В., Калыев А.В., Ключев В.М., Комаров Ф.И., Лазебник Л.Б., Лысенко Л.В., Маколкин В.И., Мартынов И.В., Михайлов А.А., Моисеев В.С., Мухин Н.А., Насонов Е.Л., Насонова В.А., Нонинов В.Е., Палеев Н.Р., Пальцев М.А., Парфенов В.А., Погожева А.В., Покровский А.В., Покровский В.И., Потехин Н.П., Раков А.Л., Савенков М.П., Савченко В.Г., Сандриков В.А., Симоненко В.Б., Синапальников А.И., Смоленский В.С., Сыркин А.Л., Тюрин В.П., Хазанов А.И., Цурко В.В., Чазов Е.И., Чукалин А.Г., Шлептор А.В., Ющук Н.Д., Яковлев В.Б.
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@dol.ru
www.zdravniga.net
Отдел рекламы: директор по маркетингу Г.С. Рихард (495) 729-97-38
При перепечатке материала ссылка на Вестник МГНОТ обязательна.
За рекламную информацию редакция ответственности не несет.
Рекламная информация обозначена 