



ВЕСТНИК МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО

# МОСКОВСКИЙ ДОКТОР

Апрель–Май 2011

№ 4 (115)

НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ

Полная версия газеты <http://zdrav.net/terobsh/vestnik/archive>  
Программа заседаний МГНОТ вывешивается на сайте <http://www.zdrav.net>

## ПРОТОКОЛ ПЛЕНАРНОГО ЗАСЕДАНИЯ МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ от 25.05.2011

**Председатель:** академик РАН и РАМН А.И. Воробьев.

**Секретарь:** Е.Е. Башлакова.

Открыл очередное заседание городского научного общества терапевтов академик РАН и РАМН А.И. Воробьев.

**Повестка дня:**

1. Вручение Премии МГНОТ имени Д.Д. Плетнева за выдающийся вклад в развитие отечественной терапевтической школы.

2. Выступление лауреата.

**Вступительное слово академика А.И. Воробьева:** Я забыл, сколько лет, но много, я помню этот зал. Здесь нам читали гистологию, анатомию. Мне казалось, что это традиция — выступать просто с трибуны, без микрофона. При этом слышны дикция, произношение.

Премия Плетнева получила не только московское звучание. Она известна далеко за пределами Москвы, по всей стране. Вы отлично знаете все работы Николая Алексеевича. Это ряд направлений, в основном в нефрологии. В 1986 году Н.А. Мухин возглавил кафедру. С тех пор он ежегодно проводит «Тареевские чтения». Николай Алексеевич блестяще продолжил эстафету поколений. Он продолжил традиции своего предшественника. Продолжает передавать свой клинический опыт. Сейчас в нашей стране, в медицине распространены принципы доказательности. Это заимствованное слово. Оно перечеркивает весь опыт, накопленный медициной до этого. Раньше был авторитет врачей. Они могли оказать любую помощь. Стало важным перенести через века клинический опыт медицины, и это делает Н.А. Мухин.

**Академик А.И. Воробьев:** Я хорошо знал Тареева. Он был соседом по даче. Я предлагал ему написать книгу, но чтобы там было поменьше этиологии и патогенеза, а побольше клиники. Сейчас мы привыкли видеть патогенез «из чужих рук» — патогенез в виде оксидантов, молекул и т. д. Слишком много генетики. Мышь отличается от человека по геному. Между ними

был перерыв. Потом снова стал посещать уже терапевтическое общество. Я хотел стать акушером-гинекологом, но когда мы попали в клинику Тареева, здесь все изменилось, т. к. мы попали в коллектив известных терапевтов. Так распорядилась судьба. Я работал с Тареевым 25 лет. Впервые я попал на общество, когда Тареев читал лекцию о лекарственной болезни. Тогда он говорил, что лекарства не только благо, но и вред. Это особенно вызвало эмоции у публики общества. Е.М. Тареев активно продвигал это направление. У Петровских ворот была открыта клиника Тареева, где занимались лекарственной болезнью. Здесь лечили и синдром Лайела, который развивался в основном на антибиотики и анальгетики, и СКВ (в основной массе своей женщины, которые лечились от сепсиса). Этот хронический сепсис чаще оказывался СКВ. Я до сих пор помню этих больных. Затем появились больные с узелковым периартериитом и почечной недостаточностью, артериальной недостаточностью и параличами. Здесь впервые стали проводить исследования — биопсию почек, печени при участии молодых аспирантов, ассистентов. Эти тысячи биопсий, проводимые блестящими морфологами, позволили нам выйти на мировой уровень в решении вопросов лечения болезней соединительной ткани. Будучи аспирантами мы узнали много интересной информации. Это способствовало клиническому мышлению. Потом мы все приходили на терапевтическое общество. Пройти было невозможно. Вход был по пригласительным билетам. Вокруг, в проходах и коридорах, стояли люди, т. к. это был единственный источник информации, единственная форма совершенствования. Все читали статьи журнала, активно обсуждали их. Затем многим это помогло найти себя, род деятельности, которым стали заниматься впоследствии. Я горжусь тем, что сейчас работаю в клинике Тареева, люблю коллектив, который продолжает меня терпеть и тех, кто помогает мне поддерживать терапию. Это и пульмонологи, и гастроэнтерологи, и кардиологи. Еще раз благодарю всех сотрудников, которые помогли мне наблюдать за этими больными. Еще раз подчеркиваю важность работы всего коллектива. Хороший коллектив — это тот, в котором все друг у друга учатся.



Сейчас все пользуются микрофонами, они усиливают звук, но не улучшают качество. Ну да ладно. Сегодня торжественный день. Сегодня мы вручаем премию имени Д.Д. Плетнева. Он родился в позапрошлых годах прошлого столетия. Он был учителем моего учителя А.Л. Мясникова, который никогда не готовился к лекциям. Мясников — копия Плетнева. Он приходил на лекцию спрашивал: «А что я сегодня читаю?» Все всегда было импровизировано. А еще он любил говорить: «Друзья, чтобы я не говорил — это все неправда». Д.Д. Плетнев — огромная фигура на горизонте терапии. Мы утвердили нашу премию. Это не государственная премия. Она не дает каких-либо прав. Но это дань нашего терапевтического общества тому, кто основал терапевтическую школу, кто долгие годы ее возглавлял.

**Член-корреспондент РАМН, профессор Е.Е. Гогин:** Я попробую говорить без микрофона. Протокольная часть очень сокращена, потому что четко разделились голоса. 4 голоса были отданы Николаю Алексеевичу Мухину и один голос в пользу... ну, не важно. Одна из кандидатур — очень авторитетный, преуспевающий терапевт из западной России. Она не просто терапевт, а еще и научный деятель, способный организатор.

есть разница. Между дураком и умным тоже. Клонировать ученых не получится. То восприятие мира, которое доступно настоящему врачу, нельзя клонировать. Все работы Н.А. Мухина — это не игрушка. Это тяжелая ноша. Он тащил на себе терапевтическую школу. Это может только он. Поэтому только он должен получить эту премию.

**Академик Н.А. Мухин:** Дорогой Андрей Иванович, дорогие коллеги и друзья. Очень сложно справиться с волнением, чтобы речь была более уверенной и менее эмоциональной. Этот зал видел и продолжает видеть всех тех, кто отдает свою жизнь клинике. Сейчас много возможностей найти свой интерес, несмотря на огромное количество разных направлений в медицине. Поэтому каждый из нас остается терапевтом. Я впервые вошел в этот зал еще студентом. Затем



А теперь немного о моем докладе. Мы долго думали, как озаглавить эту презентацию. Все те, кто посвятил себя внутренним болезням, задают вопрос: «А что будет дальше с терапевтами?» Здесь в презентации

Продолжение на стр. 2

## ИнтерНьюс

### Рождение ребенка повышает риск аутоиммунных заболеваний

Успешно разрешившаяся беременность повышает риск развития таких аутоиммунных болезней, как волчанка, ревматоидный артрит и рассеянный склероз. К такому выводу пришла группа специалистов под руководством Килин О'Донахью из Ирландского национального университета в Корке. Группа О'Донахью провела ретроспективное исследование, охватившее более миллиона женщин, родившихся в Дании с 1962 по 1992 год. 44,3% участниц имели ребенка, появившегося на свет в результате нормальных родов, 43,3% — никогда не были беременны, 7,6% женщин родили первенца с помощью кесарева сечения, 4,1% — перенесли аборт. Ученые выявили 25 570 случаев аутоиммунных заболеваний среди всех участниц. Согласно результатам работы, риск развития таких болезней у женщин, рожавших самостоятельно, а также с помощью хирургов, превышал аналогичный показатель в группе дачанок, не бывших беременными, на 15% и 30% соответственно. При этом риск аутоиммунных заболеваний среди перенесших аборт оказался на 30% ниже показателя в контрольной группе. В ходе предыдущих исследований было установлено, что клетки плода попадают в кровь матери на ранних сроках беременности, впоследствии их можно в течение десятилетий обнаружить в костном мозге. По предположению исследователей, атакуя чужеродные клетки, иммунная система матери начинает реагировать на собственные ткани, что и приводит к развитию аутоиммунных болезней. О'Донахью отметила, что при операции кесарева сечения в организм женщины попадает больше крови ребенка, чем при естественных родах. Этим исследователи объяснили более высокий риск развития аутоиммунных заболеваний у дачанок, рожавших с помощью хирургического вмешательства.

Источник: PLoS ONE

### Американские ученые успешно протестируют пластырь, подавляющий образование рубцов на месте послеоперационных ран.

Отчет об исследовании группы специалистов под руководством Джеффри Гартнера из Стэнфордского университета опубликован в журнале. Для создания перевязочного материала был использован силиконовый полимер, способный уменьшать напряжение, которое возникает при механическом воздействии на него. Кроме того, в состав пластыря входили тефлоновые листы, покрытые приклеивающимся под давлением веществом. Пластырь вырезается по форме раневой поверхности и наклеивается на нее специальным аппликатором. Благодаря своим свойствам он туго натягивает кожу вокруг раны и препятствует деформации ее краев. В результате подавляется рост соединительной ткани и образование келоидного рубца в месте повреждения. В первую очередь группа Гартнера провела испытания на животных. Половина закрытых швами ран свиней была перевязана с использованием обычного материала, другая часть была заклеена новым пластырем. Через восемь недель заживления размеры рубцов на ранах, обработанных стандартным методом, в шесть раз превышали аналогичный показатель закрытых пластырем повреждений. На втором этапе исследования новый материал был испытан на девяти пациентах, перенесших пластические операции по удалению жировых отложений с последующей абдоминопластикой. Половина каждой из девяти операционных ран была обработана стандартным методом, а другая заклеена новым пластырем. Через 8 и 12 месяцев после начала эксперимента результаты были представлены двум оценочным группам, одна из которых состояла из пластических хирургов, а в другую входили добровольцы, не являющиеся медицинскими специалистами. В обоих случаях рубцы, образовавшиеся под пластырем, были признаны менее выраженными, чем шрамы в другой части раны.

Источник: Annals of Surgery

### Общественная палата открывает «горячую линию» для сбора сообщений граждан о проблемах в работе медицинских учреждений.

Об этом сообщается в пресс-релизе, размещенном на сайте организации. Согласно сообщению, целью «горячей линии» является сбор информации о доступности и качестве медицинской помощи в городских и районных поликлиниках, а также в фельдшерско-акушерских пунктах в сельской местности. Полученные данные будут проанализированы экспертами ОП, на их основе будет подготовлен доклад о состоянии поликлиник и ФАПов для правительства РФ. Эксперты ОП намерены проанализировать такие показатели работы учреждений, как доступность информации о приеме специалистов для посетителей, возможность своевременно попасть на прием или диагностическую процедуру, время ожидания в очередях, факты вымогательства денег, качество диагностики и лечения, приспособленность помещений для больных и инвалидов, культура общения с пациентами. «Горячая линия» начала работать с 27 мая. Ее телефон — 8-800-700-8-800.

Источник: medportal.ru

Начало на стр. 1

показано, как мы видим терапевта. Он — главный человек, который решает, что будет с пациентом дальше.

А сейчас один клинический случай.

Речь идет о 29-летней пациентке, которую уже демонстрировали в клинике Е.М. Тареева. Это здоровая на вид молодая женщина, которая в конце 2005 года поступила в клинику с язвенно-некротическим ринитом. Затем у нее очень быстро развился некроз пальцев рук и ног, язвенное поражение кожи, легких с элементами распада. Отмечалась воспалительная реакция крови, антитела к цитоплазме нейтрофилов. Поставили диагноз: микроскопический полиангит. Проводили лечение метилпреднизолоном 48 мг/сут. При этом отмечалась некоторая нормализация показателей крови, однако некрозы продолжали прогрессировать. Пациентка некоторое время пробыла на лечении за границей. Там ей провели ампутацию обеих нижних конечностей и пальцев рук из-за обширных некрозов. После возвращения в Россию она некоторое время чувствовала себя хорошо. Продолжала принимать минимальную дозу гормонов. Но вот в начале 2010 года она снова поступает в клинику с тяжелейшим обострением. После ряда обследований ей выставляют диагноз — гранулематоз Вегенера. За это время у пациентки развился нефрит. В качестве лечения получала иммунодепрессанты (циклофосфан) и метилпреднизолон. Лабораторные показатели при этом нормализовались, но некрозы продолжали нарастать. Исследовали кровь на криофибриноген. После его обнаружения диагноз уже звучал как криофибриногенемическая васкулопатия. К лечению было решено добавить фраксипарин, с дальнейшим переходом на варфарин. В результате произошла полная эпителизация язвенных дефектов, в том числе и ремиссия изменений в легких. Надо сказать, что клиническими проявлениями криофибриногенемии являются:

1. Язвы в 45—50% случаев.
2. Пурпура в 25—30%.
3. Феномен Рейно — 15%.
4. Артериальные тромбозы — 3%.

А теперь немного скажу о современном враче-терапевте.

Врач-терапевт сегодня:

1. Осуществляет первичный диагностический поиск на амбулаторном этапе, определяя показания к госпитализации, объем исследований и показания к консультациям смежных специалистов.

2. Нередко выполняет функцию врачей — специалистов, в большей или меньшей степени обладая необходимыми навыками.

3. Выполняет функцию длительного ведения пациентов (мониторинг эффективности лечения и связанных с ним нежелательных явлений) при заболеваниях, в том числе являясь объектами высокотехнологической и специализированной медицинской помощи.

4. Ключевое звено в борьбе с популяционно-значимыми заболеваниями, таким как ожирение, метаболический синдром и т. д.

Д.Д. Плетнев часто говорил: «Всякое знание — преемственно», т. е. должен пополняться образовательный континент в подготовке врача-терапевта. Каким образом? Таким: — Вузовский этап.

— Послевузовский этап (аспирантура, докторантура, интернатура, клиническая ординатура) — это основной пласт, на который можно положиться, основное и конкретное образование.

— Образование в течение всей жизни (сертификационные курсы, циклы усовершенствования, тематические усовершенствования, участие в клинических исследованиях, подготовка публикаций).

— Смежные клинические дисциплины.

Важно, чтобы в наших журналах было больше публикаций, клинических наблюдений.

Курс внутренних болезней занимает центральное место в системе клинического образования.

Особенностями курса внутренних болезней в медицинском ВУЗе являются:

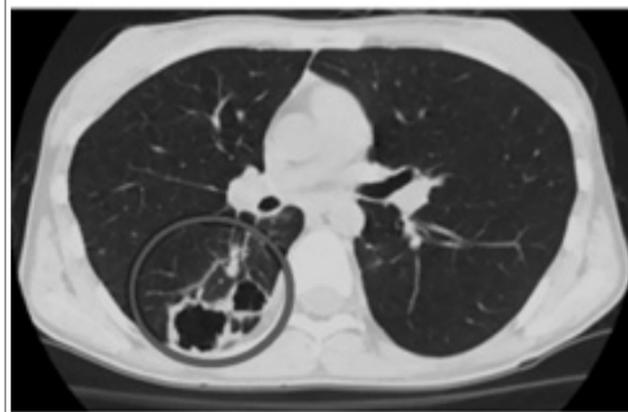
1. Новые Федеральные государственные образовательные стандарты.
2. Потребность в оперативной адаптации учебных программ и учебных планов к запросам общества (социально значимые болезни, новые нозологические формы).
3. Отсутствие у ВУЗов собственной клинической базы.
4. Отсутствие однозначных механизмов регуляции взаимоотношений врача, пациента и студента.
5. Трудности в оперативном обновлении учебно-методических комплексов и их отдельных компонентов — учебников, учебных пособий.
6. Необходимость проведения профориентационной работы со студентами.

Современный терапевт должен обладать физическими методами. Как жаль, что сразу при кашле пациента отправляют на рентген, а должны слушать, пальпировать, перкутировать. Радостно от того, что современники стали защищать стетоскоп. В Англии студенты до сих пор пишут историю болезни, где подробно описывают пациента. Тареев часто говорил: «По книгам и большим каждый студент и врач может достичь высот в теории и практике».

Академик А.И. Воробьев: Дорогие друзья, может быть кто-то хочет выступить?

## КТ легких, больная Г.

### До лечения (февраль 2010)



### После лечения (апрель 2011)



**Заславская Р.М.:** Мне еще раз хочется поздравить лауреата, который внес огромный вклад в развитие терапии. А еще хочу уточнить один момент по поводу больной с Вегенером. Кроме акцента на аускультацию и пальпацию, нужно обращать внимание еще и на внешний облик пациента. Ведь в палату, где лежит больной с Вегенером просто так не войдешь. Там стоит зловонный запах, т. к. гангрена легких, одновременно подключается поражение почек, придаточных пазух носа. С этого все и начинается — с тяжелого синусита, поражения конечностей. Часто «Вегенер» маскируется под астматический статус, поражение миокарда, эозинофилию. И еще раз поздравляю всех вас с этим эпохальным событием — вручением премии Д.Д. Плетнева.

**Слушатель:** Глубокоуважаемые коллеги! Многие из здесь присутствующих работают в клинике Тареева. Здесь трудятся врачи разных специальностей. Все принципы работы, которые Н.А. Мухин перечислял в своей презентации, соблюдаются в клинике. Благодаря Николаю Алексеевичу удалось сохранить традиции российской терапевтической школы в подготовке врача-терапевта. Хочется пожелать ему и дальше продолжать это дело.

**Академик А.И. Воробьев:** Вы знаете, ради только одной этой фразы Плетнева «Всякое знание — преемственно» нужно было прийти сюда. Знание должно передаваться из рук в руки. Существует только одна наука — медицина. У М. Горького Лука говорил: «Для чего живем? Для лучшего живем! Для лучшего плотника, столяра...» Я вспоминаю свое «столкновение» с Тареевым. Я со своим учителем Кассирским пошел к Тарееву на консультацию по поводу одной больной. Женщина с высокой температурой, высоким РОЭ, СРБ, «бабочкой» на лице. Я смог убедить всех, что это СКВ. Дал преднизолон — помогло. Но она угасала все равно. Я снова пошел к Тарееву за советом. Долго объяснял, почему это СКВ. На что Тареев молча выслушал меня и в конце сказал: «Да, очень похоже на СКВ, но я тебе не верю. Я не знаю, что у больной». Все, что можно было посмотреть у женщины, мы посмотрели. Через некоторое время у нее вырос рак яичников, т. е. это был паранеопластический синдром. Такие вещи невозможно написать, их надо передавать из рук в руки. Я рад, что ваша школа, Николай Алексеевич, сейчас здесь присутствует.

**Н.А. Мухин:** Вы говорили «из рук в руки». Это верно. Ваше общество передается из рук в руки — от Тареева до А.И. Воробьева. При этом сохраняются все традиции. Все мы разные, нередко меняли все — взгляды, принципы, но основные традиции все же сохранились. Хочется, чтобы Андрей Иванович еще многие годы возглавлял общество.

**Академик А.И. Воробьев:** Как сказал поэт: «Душа моя не умрет. Я всех переживу!»

Состоялось школа-семинар МОО «Общество фармакоэкономических исследований» (5—8 апреля 2011 г., Амстердам, Нидерланды). Были прочитаны 2 лекции П.А. Воробьевым и О.В. Борисенко. В заседании участвовали специалисты по лекарственному обеспечению и менеджеры здравоохранения из 8 городов России, сотрудники МОООФИ.

П.А. Воробьев проанализировал состояние программы ОНЛС: в период с 2009 по 2010 г. расходы на ОНЛС снизились на 2%, а число участников программы на 13,5%. В программе «7 нозологий» 2 основные тенденции: уменьшение расходов на закупку препаратов за счет включения относительно дешевых отечественных аналогов и превентивное снижение закупочных цен. Особое внимание было уделено лекарственному обеспечению онкологических больных, которых в настоящий момент зарегистрировано около 2,7 млн человек (1,8% населения РФ), около 300 тыс. человек ежегодно умирает от онкологических заболеваний, 150 тыс. становятся инвалидами. Химиотерапия рака играет все более существенную роль, однако многие противоопухолевые препараты, в частности, такие как леналидомид (миеломная болезнь), дазатиниб и нилотиниб (хронический миелолейкоз) активно не включены в перечень ЖНВЛС (Постановление правительства РФ от 11.11.10 № 1938-р).

В настоящее время, по неофициальным данным, более 10 000 досье на регистрацию и перерегистрацию препаратов, внесение изменений в регистрационные досье находятся без движения в Минздравсоцразвития, в результате препараты не поступают на Российский рынок. Осенью 2010 г. было получено в 3 раза меньше разрешений на проведение клинических исследований в России из-за невыполнимых требований нового закона по их организации.

В январе 2011 г. из-за запоздалой регистрации цен около 700 торговых наименований лекарств не были допущены к обороту, в течение года отмечены многомесячные задержки с проведение закупок для льготных программ. Официально утверждается, что цены на препараты из ПЖНВЛС в розничной сети и госпитальных закупках снизилась на 2,74% и 2,43% соответственно, однако постепенно исчезают из оборота многие жизненно важные лекарства — неверная методика регистрации цены делает невыгодным производство. Новый закон делает невозможным регистрацию орфанных лекарств. Все это сопровождается сокращением участников программы ОНЛС.

Из-за повышения налогов и тарифов отмечено массовое закрытие аптек — в 2010 г. до 15%, в 2011 г. (прогноз) — еще до 30—40%. Такое впечатление, что одновременно растет число наркоторгующих аптек, делающих бизнес на кодеин-содержащих лекарствах.

Пока мало замеченным является исчезновение достоверной информации о лекарствах в связи с законодательным «уничтожением» Государственного информационного стандарта, а фактически — Государственного реестра.

При выборе оптимальной медицинской технологии должны использоваться методы клинико-экономического анализа, в качестве одного из универсальных критериев оценки может быть выбран показатель «лет предстоящей жизни с поправкой на качество жизни» (QALY). Сегодня это показатель посчитан МОООФИ для таких заболеваний, как гемофилия, анемия при хронической почечной недостаточности, рассеянный склероз, миеломная болезнь и др.

О.В. Борисенко рассказал о практике ценообразования на лекарственные средства в различных странах мира. Выделяют несколько механизмов сдерживания роста затрат на лекарства: контроль за ценами, использование компенсационных мер и воздействие на спрос через медицинских работников. Так в Великобритании устанавливают предельную прибыль,

## Лекарственное обеспечение в Российской Федерации: текущее состояние вопроса и перспективы. Школа-семинар МОООФИ

Л.Ю. Безмельницкая



в странах Евросоюза используют метод сравнительного ценообразования (референтные цены), прямые переговоры с поставщиком. На уровне дистрибьютеров и аптек вводят ограничения оптовых и розничных аптечных надбавок.

В России пошли своим путем, введя регистрацию предельных отпускных цен на лекарства из перечня ЖНВЛС, установление предельных оптовых и розничных надбавок. В настоящее время в РФ не используются методы референтного ценообразования и разделения риска. Последнему методу было уделено особое внимание в рамках доклада, были приведены несколько примеров применения данного метода в США и Великобритании:

- 1995 — МеркШарпДоум обязался компенсировать затраты на симвастатин за 6 месяцев, если препарат в сочетании с диетой не снизит холестерин до целевого значения;
- 2002 — Минздрав Великобритании финансирует лечение рассеянного склероза в рамках ограниченного регистра больных на протяжении 10 лет (до 2012 г.) для установления эффективности лечения, стоимость препарата поддерживается на уровне 36 000 фунтов стерлингов за QALY;
- 2007 — производитель тест-систем ГеномикТест снизит цену на них, если количество женщин, получающих химиотерапию по поводу рака молочной железы, превысит установленное значение.

В завершении школы-семинара обсуждались вопросы оценки эффективности медицинских технологий на уровне отдельных медицинских организаций и регионов. В качестве практической рекомендации был представлен метод составления кратких оценок медицинской технологии. Данный метод позволяет лицам, принимающим решения, аргументированно выбрать наиболее эффективную медицинскую технологию.

## ИнтерНьюс

### Французским аптекам запретили торговать электронными сигаретами

Жителей Франции призвали воздержаться от использования электронных сигарет. Соответствующие рекомендации опубликовало Французское агентство по санитарному надзору за продукцией медицинского назначения (Afssaps). Надзорное ведомство также предупредило о недопустимости продажи электронных сигарет в аптеках. «Ни одна из разновидностей электронных сигарет не сертифицирована в качестве изделия медицинского назначения, и ни один из производителей не пытался получить соответствующее разрешение для своей продукции», — отмечается в пресс-релизе Afssaps. Электронные сигареты были разработаны в качестве альтернативы традиционному курению. Они представляют собой работающий от батарейки или аккумулятора испаритель, превращающий в пар ароматизированную жидкость, содержащую никотин. Поскольку дым в окружающую среду при этом не испускается, электронные сигареты можно применять в местах, где курение запрещено. Электронные сигареты также нередко позиционируются в качестве средства, облегчающего отказ от курения. По мнению французского надзорного ведомства, употребление электронных сигарет связано с неблагоприятными последствиями для здоровья, в особенности — для здоровья детей. В частности, в зависимости от содержания никотина в картриджах, электронные сигареты также могут вызвать никотиновую зависимость, в том числе и у лиц, не являющихся потребителями традиционных табачных изделий. Впрочем, согласно сообщению, на данный момент у санитарных служб Франции нет данных о токсичности содержимого картриджа электронных сигарет: жалоб на нежелательные последствия их применения в надзорные органы не поступало.

Источник: <http://www.afp.org/>

### Британским врачам будут доплачивать за вовлечение тучных пациентов в программы по борьбе с лишним весом

Соответствующая инициатива Национальной службы здравоохранения (NHS) Великобритании запланирована на 2012 год. Согласно планам NHS, врачи общей практики и семейные врачи будут получать доплату за консультации пациентов с ожирением по вопросам контроля веса. Кроме того, медработники смогут получить прибавку к зарплате, если пациент запишется на курсы борьбы с лишним весом, оплачиваемые службой здравоохранения. Руководство NHS считает, что эта инициатива позволит сэкономить значительные средства за счет замены дорогостоящего лечения тяжелого ожирения на его своевременную профилактику. Британская служба здравоохранения ежегодно тратит более шести миллиардов фунтов стерлингов на лечение заболеваний, связанных с ожирением и неправильным питанием. Распространенность ожирения среди жителей Великобритании в последние годы значительно увеличилась. По информации NHS, ожирением страдают 24% британских мужчин и 25% женщин. Избыточный вес имеют 32% британок и 42% британцев. В июне 2010 года заместитель министра здравоохранения Великобритании Энн Милтон рекомендовала британским врачам называть пациентов с избыточным весом толстыми. По ее мнению, использование слова «толстый» в разговоре с пациентами, страдающими ожирением, привлечет их внимание к проблеме и подтолкнет к решению избавиться от лишнего веса.

Источник: <http://www.dailymail.co.uk/home/index.html>

### Эпидемиологи признали вувузелы опасными

Британские исследователи пришли к выводу, что вувузелы могут способствовать передаче инфекционных заболеваний. Это в сочетании с высоким уровнем шумового загрязнения заставляет организаторов Олимпиады 2012 года в Лондоне задуматься о запрете вувузел на соревнованиях. Обследование зрителей Чемпионата мира по футболу в ЮАР ранее показало, что массовое использование этих инструментов может повредить барабанные перепонки окружающих. Ученые из Лондонской школы гигиены и тропической медицины обнаружили еще одну потенциальную опасность, связанную с их применением. С помощью лазерного детектора исследователи изучили свойства аэрозоля, выделяемого сквозь вувузелы, в которые дули восемь добровольцев. Оказалось, что в литре воздуха, выходящего из дыхательных путей через вувузел, содержится в среднем 658 тысяч аэрозольных частиц, которые могут содержать болезнетворные микробы. Средняя скорость поступления этих частиц в атмосферу составила четыре миллиона в секунду. Для сравнения, те же добровольцы при крике выделяли в среднем 3,7 тысячи аэрозольных частиц в литре воздуха со скоростью около семи тысяч частиц в секунду. Следовательно, болельщики, дующие в вувузел, представляют для окружающих значительно более высокий риск, чем просто кричащие. Тем не менее, руководитель исследования Рут Макнерни отметила, что введение «этикета использования вувузел» было бы уместнее, чем их запрет. «Так же, как при кашле и чихании, необходимо принимать меры по предотвращению передачи заболеваний, и людям с инфекциями настоятельно рекомендуется не дуть в вувузел вблизи других людей», — пояснила она.

Источник: BBC

### Внимание! Новая книга!



Патологии, связанные с дисбалансом свертывания крови, мало знакомы большинству врачей. В книге описаны и патология гемостаза изложены простым, доступным языком. Рассмотрены проблемы ДВС-синдрома, тромбоцитопений, профитативной тромбоцитоза легочной артерии, болезни Виллембранда и гемофилии, геморрагического васкулита и др. Отдельные разделы вошли в книгу тема лечебного плазмафереза, неотделимая от проблем лечения патологии гемостаза. Студент, интерн, ординатор, практический врач вне зависимости от специальности найдут здесь исчерпывающую информацию о современном состоянии дел с патологией гемостаза. Книга будет полезна и специалистам лабораторного дела, так как они должны быть активными участниками диагностического и лечебного процесса.

### Внимание!

### В издательстве НЬЮДИАМЕД вышла новая книга!

### ЗАТРАТЫ, КАЧЕСТВО И РЕЗУЛЬТАТЫ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

КНИГА ТЕРМИНОВ ISPOR

РЕДАКТОРЫ:  
Марк А. Бергер  
Карстен Бингеборг  
Эдвин С. Яаблоун  
Крис А. Палас  
Джордж В. Торрант

ОТВЕТСТВЕННЫЙ РЕДАКТОР:  
Маркман Дэнс Смит



Международное общество по исследованию лекарственной экономики

Подолье недаром называют «пуповиной Украины». Миллионы лет назад здесь были моря. Потом они отступили, оставив барьерные рифы и атоллы, со временем превратившиеся в живописные Карпаты, с которых сбегают в долины стремительные реки, вырезая на горных склонах узкие каньоны. Много тысяч лет назад в этих благодатных долинах, защищенных горами и напоенных реками, поселились загадочные трипольцы. Позднее сюда добрались скифы. Приходили сюда и римляне, построившие по приказу своего императора Траяна знаменитые «Траяновы» валы и мосты. И вот, наконец, более 10 веков назад, эти места были освоены славянами. Они пришли сюда, расселились, и, как положено, возвели крепости. И никогда больше отсюда не уходили. Именно по границам Подолья и прошла граница двух цивилизаций — азиатской и европейской, граница двух религий — мусульманской и христианской.

Именно об этих землях Леся Украинка когда-то написала:

*«Красо України, Подолля!  
Розкинулось мило, недбало!»*

Здесь все необычное. Днем небо такое ярко-голубое, такое ясное и высокое, что даже солнце светит по-особенному. А ночью каждый квадратный сантиметр неба заполняют звёзды. И виден Чумацкий шлях.

А ещё здесь пахнет земля. Пахнет сочным влажным украинским чернозёмом.

Хаты в селах побелены. И наличники покрашены. И люди на улице здороваются друг с другом. И лающая собака или ревушая корова здесь никого не раздражает.

В таких селах особенно понятно, зачем люди женятся. Потому что в хозяйстве ни мужик без бабы, ни баба без мужика не может. Работа тяжела и для тех, и для других. Здесь не город. Здесь картина: муж, валяющийся с пивом у телевизора и жена, вкалывающая на огороде или стряпающая на кухне противостественна и воспринимается как отвратительное городское извращение. Здесь выжить можно только сообща. Поэтому люди здесь с детства приучены к труду.

Вот в таком подольском селе — Побриска Тепликского района, Винницкой области, в июне 1950 года родился мальчик Юра. Мальчик как мальчик. Казалось бы, такой же, как и все. Но так только казалось. Он рано освоил премудрости крестьянской жизни, сызмальства помогая маме — Феодосии Панфиловне, в одиночку тащившей семью, зарабатывающей тяжким трудом только «палочки» в колхозе. Как завидовал он тогда соседским пацанам, росшим под крепким мужским началом! Хотя, если честно признаться, в те послевоенные годы мужчин в селах было немного. Но именно тогда и закалялся его характер. Недаром — «Спиженко» означает «бронзовый».

Именно тогда он и осознал свою ответственность — мужчины в доме. И не беда, что детские руки не всегда справлялись с топором или косой, не беда, что мало времени оставалось на детские забавы. Все это помогло потом. Когда нужно было ценить каждую минуту, когда нужно было отчетливо представлять, к чему приведет тот или иной шаг, когда нужно было принимать решение, полагаясь только на себя. Когда нужно было «давать результат».

Это помогло потом, когда он поднялся по служебной лестнице до вершин, о которых вряд ли мечтал сельский паренек. А тогда? Тогда он ходил в школу, перемешивая сапогами жирный чернозем, пас скот, копался в огороде, ремонтировал дом, а в свободную минуту или читал, или бегал на рыбалку на ставки — «Ковбасівський», «Штуньківський» или «Байдівський», названные так по фамилиям жителей улиц, ведущих к каждому из них — Ковбаса, Штунько или Байда. В те годы в селах улицы заселялись родственниками. В те годы в селах жили не только старики.

Как-то незаметно детство закончилось, и встал вопрос о том, чему посвятить свою жизнь. Можно было, конечно, остаться в селе, но его тянуло к знаниям, особенно его интересовала история. К тому же в те годы уже рухнула «крепостная» система, когда колхознику не были положены документы. В 60-е годы им вместо справки колхозника стали выдавать паспорта. Решено — сделано, и в 1967 году Юрий Спиженко отправился в город Черновцы поступать на исторический факультет университета. Но как часто бывает, историком стать ему было не суждено. Друзья убедили его выбрать мединститут, к тому же ребята туда брали практически без конкурса. Очень уж «женской» в те годы была медицина. Как бы то ни было, случилось то, что случилось. Может быть, мир потерял нового Карамзина или Толочко, но медицина обрела нового студента, хотя призвания к врачеванию он тогда не чувствовал. Но это было до поры до времени. Уже после первого курса вызрели здоровые амбиции — захотелось стать профессионалом, причем хирургом. И вновь проявился характер. На четвертом курсе он был единственным на весь вуз студентом, имевшим свою экспериментальную операционную в подвале дома, где жил. О «гринписовцах» в СССР тогда еще не слышали. А помогала ему ловить бездомных собак его будущая жена — Виктория Владимировна, тоже студентка медфака. Такой «семейный тандем». Но именно этот экспериментальный опыт, накопленный в подвале, и дал возможность отработать хирургическую технику и позволил впоследствии избежать многих смертей на операционном столе.

Годы учебы в Черновцах летели быстро. Учеба учебой, но он как всегда торопился жить. Уже на 5 курсе он женился, родилась дочь Наталья. Студенческое увлечение безоговорочно определило выбор профессии — хирургию, а в городе с мединститутом, с обилием классных специалистов, остаться работать хирургом означало, что лет 15—20 будешь только писать

## Он торопился жить...

О.Е. Бобров

(6 июня 2001 г. академику

Юрию Спиженко исполнился бы 61 год)



истории болезни и «полировать крючки», ассистируя именитым коллегам, в надежде, что когда-нибудь придет и твоя очередь. Молодость требовала радикальных действий и быстрого осязаемого результата.

В 1972 году молодая семья поехала по распределению в Житомирскую область, в старинный город Бердичев. Город с уникальной историей и не менее уникальным населением. В нем из уст в уста передавалась легенда о разговоре старого портного-еврея с самим Оноре де Бальзаком, который, кстати, венчался в Бердичеве с Эвелиной Ганской. Портной спросил писателя: «Где ему сшили такой сюртук?» Получив ответ «В Париже», портной удивленно хмыкнул: «Надо же, так далеко от Бердичева, и так прилично сшили».

Молодому интерну повезло. В те годы ведущим хирургом Бердичева был Василий Иванович Припутницкий, под его началом и происходило становление юного эскулапа. Для нынешних врачей может быть поучительно то, что верность и почтение к Учителю Юрий Прокофьевич пронес через всю жизнь. Он всегда с глубоким уважением относился к своему наставнику, недавно отметившему 85-летний юбилей.

Интернатура в 1973 г. закончилась. Штат Бердичевской больницы был достаточно укомплектован врачами, так что перспектива профессионального роста была весьма туманна. А быть на вторых ролях — не в характере молодого хирурга, поэтому оставаться в Бердичеве он не захотел. И он поехал в Иванополь Чудновского района Житомирской области.

Следует сказать, что хотя Иванополь был известен еще с XVII века как Янушполь Волынского воеводства, он был и оставался «местечком». Таким захолустным, что в 1954 г. он потерял статус районного центра. Места эти были почти что дикие. До ближайшей станции Чуднов-Волынский — почти 20 км. Вот здесь, в 100-кочной участковой больнице Юрий Прокофьевич стал работать сначала хирургом, а вскоре и главным врачом. Работы было много. Мало того, что прикрепленные к больнице населенные пункты были разбросаны среди лесов, озер и болот, так и сама больница давно не видела хозяйской заботы. Молодой администратор с энтузиазмом погрузился в строительство и ремонт. Где на личных симпатиях, где с акцентом на «шефскую» помощь, особенно от военных, а где, что греха таить, и за бартер, особенно за «ЖКВ» — «жидко-конвертируемую валюту» — спирт, он «доставал» стройматериалы, оборудование, формировал ремонтно-строительные бригады, организовывал субботники и воскресники, на которых его можно было видеть в брезентовой робе и сапогах то с лопатой, то с мастерком. И больница преобразилась. В ней наконец люди перестали мерзнуть зимой, исправно заработало водоснабжение, вкусно запахло на пищеблоке.

Постепенно налаживался и семейный быт, подрастала дочь. Но недолго удалось пожинать плоды своего труда. Молодого, энергичного организатора здравоохранения заметили «наверху» и... волевым решением «руководящей и направляющей» в 1977 г. его отправили на повышение — доверили уже целую центральную районную больницу. Опять — чемоданы, опять — переезд...

Так судьба привела Юрия Спиженко в старинный городок Олевск, раскинувшийся на берегу реки Уборть (приток Припяти), в 180 км от Житомира, на «краю земли», на границе с Ровенщиной. Жизнь в нем текла тихо и размеренно. Да и куда спешить? Жило тогда в Олевске всего 12 тысяч жителей. Этому городку он отдал 3 года жизни. Именно здесь он состоялся как хирург и организатор, у него развились смелость и методичность,

а главное — он понял, что с накопленным багажом знаний и навыков далеко не уедешь. И он вновь погрузился в учебу. Во время отпусков он взял за правило посещать, по возможности, хирургические клиники, стремясь ухватить все новое и перспективное. Да и выхода другого просто не было, кто направит «сельского хирурга» на учебу в высокочастотную столичную клинику?

В 1980 г. начался новый этап в жизни — Юрия Спиженко вначале назначают главным врачом Житомирского областного лечебно-санаторного управления, а с 1984 г. он уже возглавляет отдел здравоохранения Житомирского облисполкома. Новые задачи, новые возможности и... новые обязанности. Ох как сложно на первых порах пришлось амбициозному медику в общении с «сильными мира сего» — партийно-административной верхушкой области, этакими «зубрами», закаленными в аппаратных играх, блестяще усвоившими интригологию карьерного марафона и «съевшими» не одного «высочку», посмеявшегося подняться на «социальном лифте» из самого что ни на есть народа. Масла в огонь подливало и то, что новый медицинский начальник был до неприличия молод, ему исполнилось только 30 лет, он имел абсолютно негибкую спину, острый язык и смелость в отстаивании своего мнения. Неизвестно, как бы сложилась судьба такого неудобного «лейб-медика», если бы его не взял под негласную опеку тогдашний первый секретарь обкома КПСС Василий Михайлович Кавун. Поразному можно относиться к истории и к личностям в этой истории. Можно воспринимать или ненавидеть их идеологию, но нельзя зачеркнуть все то позитивное, впрочем, как и негативное, из чего складывается эта самая история. А история не имеет сослагательного наклонения.

Постоянное напряжение от нахождения в «стае коллег» требовало выхода. И он был найден. Каждое утро Юрий Прокофьевич проделывал пеший путь от дома до облонкодиспансера, чтобы ровно в 6 утра начать операцию. Каждое утро он выполнял по 2 операции на желудке, прямой кишке, печени, пищеводе, а потом целый день занимался административной деятельностью.

Именно тогда, перечитывая Пирогова, он наконец-то понял гениальность фразы «Хирург-виртуоз спасает десятки жизней, а хирург-организатор — тысячи». Услышал о поставке дефицитных эндоскопов в Украину — он уже в Москве, в союзном министерстве, и эндоскопы целевым назначением оказываются в Житомирской области. Прочитал о новых способах диагностики предопухолевых заболеваний и опухолей женских половых органов, и технология внедрена в участковых и районных больницах. Поставил цель — улучшить диагностику злокачественных опухолей на ранних стадиях, и выездные бригады областных специалистов отправились в самую что ни на есть глубинку. И уж совсем возмутило столичных авторитетов амбициозное утверждение молодого по их меркам врача, к тому же «неостепененного», о том, что можно снизить летальность при острых хирургических заболеваниях брюшной полости. Да что он такое несет? А он взял и сделал. Он сначала провел экспертную оценку количества больных, потенциально опасных по осложнениям хронических заболеваний, таких как язва желудка и двенадцатиперстной кишки, желчнокаменная болезнь, выявил грыженосителей, а затем добился того, чтобы хирурги прооперировали их в «холодном» периоде, в плановом порядке, не дожидаясь осложнений. И послеоперационная летальность — снизилась. [Примечание редактора: *Н-да, так можно и аппендикс у новорожденных вырезать — к счастью уже прошли те времена*].

Понятно, что такое рвение юного начальника облздравотдела не могло не раздражать его старших коллег, встречаться с которыми ему приходилось на коллегиях Минздрава. Особое раздражение у них вызывало то, что Юрий Прокофьевич ничего не просил у министра. Он не лез на трибуну, не бил себя патетически в грудь, рассказывая о бедственном положении медицины, он не просил денег у государства, но как-то ему одному известным способом ухитрялся сделать так, что «неуниверситетская» медицина Житомирщины — кстати, там до сих пор нет медицинского ВУЗа, — стала одной из лучших в Украине. Тогда-то его и заметил министр здравоохранения УССР — Анатолий Ефимович Романенко.

Как впоследствии вспоминал сам Юрий Прокофьевич, «Пост руководителя здравоохранения области — лучшее место для организатора. Отработав надежное взаимоотношение с районами, правильно построив административные вертикали можно успешно и плодотворно работать. И не просто работать, а давать результат». Он уже строил планы о том, как спокойно и плодотворно он проведет зрелые годы, тем более что в 1981 г. в семье родился второй ребенок — сын Александр. Но жизнь вновь внесла коррективы. В 1986 г. грянул Чернобыль.

Страшная, неведомая доселе угроза нависла над Украиной. Центр молчал, местные руководители были в растерянности. Кто-то паниковал, кто-то в угоду центру замалчивал размеры катастрофы, кто-то просто

Начало на стр. 4 ↻

запил. Но в отличие от партийных и советских органов власти, Житомирский облздравотдел действовал, причем решительно и быстро. Собрали всех, кто хоть немного разбирался в радиологии, а это были не только врачи, но и физики, и отставные офицеры с атомных подводных лодок, и инженеры с атомных электростанций. Тогда, не дожидаясь указания свыше, и было принято историческое решение — заблокировать жителям Житомирщины щитовидную железу препаратами йода. Что и было сделано. Правильность такого шага подтвердило время. В Житомирской области не произошло роста заболеваемости раком щитовидной железы. А это — десятки тысяч спасенных жизней. [Примечание редактора: даже 200 дополнительных раков щитовидной железы на всех пострадавших не набралось, где уж там про десятки тысяч...]

Но это понятно сейчас. А тогда? В те годы такой поступок мог стоить не только должности и партбилета, но и свободы, а то и большего... Тем более что нашлось немало «заклятых друзей», поспешивших донести «наверх» о самоуправстве и самоволии. Вовсю распространялись слухи о «страшных последствиях йодопрофилактики». На начальника облздравотдела уже с интересом стали поглядывать сотрудники «компетентных органов».

Но PROVIDение и в этот раз отвело угрозу от своего фаворита. В 1986 г. Юрий Спигенко в возрасте 36 лет был назначен на должность заместителя министра здравоохранения УССР. Кругом обязанностей ему было определено все, что касается Чернобыльской катастрофы, а так как на ключевых позициях в министерстве прочно сидели прошедшие все этапы иерархической лестницы матере аппаратчики, встретившие «молодого да раннего» не то чтобы в штюки, но и без дружелюбия, то заниматься ему приходилось всем. Зачастую в командировках приходилось находиться большую часть месяца. Встречи с семьей случались нередко на вокзале, когда он пересаживался с одного поезда на другой, а жена или дочь приносили свежее белье да что-нибудь с домашнего стола. Так незаметно и пролетели 3 года.

Наступил 1989 г. Большая империя уже была беременна переменами. В «верхах» творилась чехарда, старые кадры постепенно уходили со сцены. Так уж сложилось, что именно Юрий Спигенко стал последним министром здравоохранения крупнейшей республики Советского Союза. И... первым министром независимой Украины.

У китайцев есть пословица: «Не дай Бог жить во времена перемен». И правильность этой пословицы министр ощутил сполна. Одновременно с обретением государственности разом рухнули все накопленные десятилетиями связи. Исчезло все. Исчезли медикаменты, за небольшим исключением производившиеся в других республиках СССР, а то и вообще за границей, преимущественно в странах СЭВ, прекратились поставки вакцин и сывороток, стало нечем заменять пришедшие в негодность инструменты и аппараты. Короче — дефицитом стало все. И взять его было просто негде, да и не за что. Никто за рубежом всерьез не воспринимал «фантики» — купонокарбованцы. А люди болеть не переставали. И министр принял единственно правильное в то время решение — нужно во что бы то ни стало спасти материально-техническую базу здравоохранения. Нужно было спасти то, на что уже «положили глаз» доморощенные «прихватизаторы» вкупе с зарубежными конкурентами — монополистами. А бороться было за что. Пятидесятимиллионный рынок для фармпрепаратов!!! Да это же «Клондайк».

В Украину потекли сначала ручейки, а потом целые реки фальсификатов и разных сомнительных «генериков». И тут на их пути мощной плотинной стал фармкомитет, враз упорядочивший регистрацию и поставки лекарств.

Эти революционные события проходили в приснопамятные «девяностые беспредельные годы». Страна изнемогала от финансовых махинаций, коррупционных скандалов и «дикого накопления первичного капитала». Это было повсеместно, но в наименьшей степени это коснулось Минздрава. Его сотрудники в то время так и не узнали значения слова «откат», не научились выстраивать цепочки посредников из фирм-«однодневок» при проведении тендеров. Понятно, что это не могло понравиться всем тем, кто «крутился» вокруг бюджета Минздрава. Пять раз различные комиссии ставили перед Верховным Советом вопрос об отставке неугодного министра, и пять раз эта отставка не состоялась.

Наступил 1994 г. Медицина, оправившись от первого нокаутирующего удара, пусть «со скрипом», но работала. Удалось восстановить некоторые старые связи по материально-техническому обеспечению работы отрасли. Остро встал вопрос «А что же дальше?». Ориентироваться на «заграницу» или добиваться того, чтобы система жизнеобеспечения государства — медицина была независима от капризов соседей? Нужно было, по возможности, иметь все свое.

Это понимал не только министр здравоохранения Ю.П. Спигенко, это понимал и тогдашний премьер Е.К. Марчук. И тогда Юрий Прокофьевич, не дожидаясь шестого требования очередной комиссии об его увольнении, подал в отставку сам. Он решил спасти отечественного производителя. Производителя, который лекарства производил, но документации на их производство не имел. Все нормативные документы остались за границей. В корот-

кие сроки был создан новый Госкомитет — Укрмедбиопрот, который он в 1995 г. и возглавил. И вновь, ценой невероятных усилий, иногда и на «грани фола», в короткие сроки было узаконено производство 167 лекарственных препаратов. Фармацевтическая промышленность Украины, в отличие от многих других отраслей, была спасена. Спигенко снова начал все с нуля и в короткие сроки дал результат.

Но этого в то время было мало. Чиновники, даже высшего эшелона, были очень зависимы от потребностей финансовых и политических группировок, умело использующих все средства — от выступлений так называемых студентов на майдане до непрерывных дискуссий в парламенте. И тогда Юрий Прокофьевич пошел на выборы, причем не по списку правящей партии, а по мажоритарному округу в самой что ни на есть глубинке, где никогда не любили столичных чиновников. Он баллотировался по Олевскому избирательному округу № 165, что в Житомирской области. И победил в первом туре, набрав 58,63% голосов. Оказалось, что избиратели хорошо помнили своего главного врача. Так он стал народным депутатом Украины 2-го созыва, а впоследствии и головой Комитета по здравоохранению, материнству и детству.

Может быть, этот шаг, объединения возможностей законодательной и исполнительной власти, и помог Юрию Спигенко сохранить фармацию Украины от разворовывания и упадка. Кто знает? Но то, что страна до сих пор имеет свое производство лекарств — это факт.

Народным депутатом он пробыл два созыва, еще раз получив кредит народного доверия в 1998 г., когда его, одного из 14 претендентов, вновь делегировали в высший законодательный орган страны, и вновь он стал главой комитета. Правда, пришлось оставить должность в Укрмедбиопротоме, изменения в законодательстве запретили депутатам быть чиновниками в исполнительной власти. Не беда. Юрий Прокофьевич нашел применение нереализованной энергии. В 1998 г. он организовал и возглавил партию «За добробут та соціальний захист народу», а кроме того, стал председателем правления и президентом Фармацевтической ассоциации Украины. И на всех постах он оставался «неудобным» для чиновников. Чего только стоит Резолюция пленума Фармацевтической ассоциации Украины о последствиях введения НДС на лекарственные средства, принятая 09.07.2003 и затронувшая интересы многих «сильных сего мира». Но таков уж Спигенко.

А потом? Потом, после фальсификаций выборов в 2002 г. он как бы исчез. Правда, мелькнул в 2006 в списке блока Плюща — Костенко, но без особого энтузиазма.

Его в то время уже занимало другое. Он снова начинал «все с нуля». Он замахнулся на проект, равного которому еще в медицине Украины не было. Он «заболел» идеей создания клиники, не подражая мировым лидерам. Подражать — значит отставать. Он решил создать клинику-лидера. Он опять решил работать на опережение. Ни одно государство Восточной Европы и стран бывшего СНГ не могло позволить себе этого, а частник Юрий Спигенко — позволил.

Сентябрь 2009 г. навсегда вошел в историю украинской онкологии. Именно тогда в селе Капитановка Киевской области распахнул двери Центр онкологии и радиохирургии — «Киберклиника Спигенко». Именно тогда в «стране третьего мира» заработал первый в Восточной Европе и странах бывшего СНГ радиохирургический комплекс — «Кибернож» самой что ни на есть современной модификации и комплектации. Юрий Прокофьевич Спигенко в который раз в своей жизни доказал правильность древнего принципа — «Дорогу осилит идущий!». Он не надеялся на государство, на армию чиновников, на предвыборные обещания политиков. Он отчетливо помнил о судьбе широко распиаренных проектов по покупке «народного» «гамма-ножа», о строительстве «больниц будущего» и многих других, бесславно умерших или вообще не родившихся. Он все делал сам. И ровно через девять месяцев от первого колышка, забитого на границе будущего котлована, был открыт высокотехнологичный Центр, нафаршированный самым современным оборудованием. Это кажется фантастикой, но это правда.

Он еще успел пережить триумф на праздновании первого года работы клиники в 2010 г. В тот сентябрьский день в Капитановке собрались коллеги, друзья, соратники, а главное — пациенты, которых он вычеркнул из списка мертвых.

А он, вместо того, чтобы «почивать на лаврах» увлеченно рассказывал о новых планах. Он, как всегда, торопился жить.

Наверное, он знал, что ему уже назначили свидание на Небесах. И он улетел. И стал для нас невосполнимой потерей.

В тот хмурый дождливый осенний день мы смотрели на крест на его последнем пристанище. Не на номенклатурном кладбище, а сельском погосте, неподалеку, от ставшей ему родной Капитановки. Этот крест напоминал перекрестки на его жизненном пути.

И тогда мы осознали, что в тот день по-настоящему умер не только он. Вместе с ним погасла путеводная звезда нашей медицины.

Вот такая короткая, но насыщенная событиями и свершениями жизнь академика Юрия Спигенко. Жизнь, которая еще раз иллюстрирует, что «*Nil sine mango vita laboredit mortabilus*».



## ИнтерНьюс

**Смертность от СПИДа в Китае сократилась почти в три раза за семь лет**

К такому выводу пришли специалисты китайского Государственного центра контроля и профилактики СПИДа и других заболеваний, передающихся половым путем. Первые антиретровирусную терапию за счет бюджетных средств в Китае начали применять в 2002 году. По данным исследования, в 2009 году охват ВИЧ-инфицированных китайцев лечением составил 63,4%. Исследователи выяснили, что смертность от СПИДа в стране в 2002 году составила 39,3 случая на 100 больных в год. При этом к 2009 году этот показатель сократился на 64% до 14,2 случаев на 100 ВИЧ-инфицированных в год. Согласно результатам исследования, наибольшая смертность наблюдается среди жителей Китая, заразившихся вирусом иммунодефицита посредством половых контактов. Наименьший охват лечением зафиксирован среди ВИЧ-инфицированных китайцев, употребляющих инъекционные наркотики. Официально в Китае зарегистрировано более 323 тысяч носителей вируса иммунодефицита. Однако по оценкам специалистов Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИДу (UNAIDS), реальное число ВИЧ-инфицированных в стране составляет около 740 тысяч человек.

Источник: *The Lancet Infectious Diseases*

**Американские ученые выявили атеросклероз у мумий, возраст которой насчитывает более 3,5 тысяч лет**

Этот случай заболевания стал наиболее древним из известных на сегодняшний день благодаря группе исследователей под руководством Грегори Томаса из Калифорнийского университета в Ирвайне. Принцесса Яхмес-Мерит-Амон была дочерью Сакенхры Таа Второго, который стал последним фараоном 17-й династии правителей Древнего Египта. Она жила во второй половине XVI века до нашей эры и умерла на пятом десятке лет жизни. Забальзамированное тело принцессы стало одной из 52 мумий, изученных с помощью компьютерного томографа в рамках исследовательского проекта *Horus* (в честь Гора — бога неба в древне-египетской мифологии). Этот проект был организован при поддержке Европейского кардиологического общества. В ходе исследования группа Томаса обнаружила следы кальцинов в коронарных артериях Яхмес-Мерит-Амон, которые свидетельствуют об атеросклеротическом поражении этих сосудов сердца. Аналогичные отложения кальция были обнаружены в коронарных сосудах половины исследованных мумий. По словам Томаса, результаты исследования ставят под сомнение утверждения о том, что атеросклероз обусловлен современным уровнем развития цивилизации, в частности такими факторами, как неправильное питание и малоподвижный образ жизни.

Источник: *AFP*

**Застраховаться от долгой жизни не желаете?**

Стоило утихнуть последствиям ипотечного кризиса, как банки придумали более изощренный способ заработка, чем превращение «плохих» долгов в «хорошие». Согласно статье в *Bloomberg*, *Goldman Sachs*, *Deutsche Bank* и *JPMorgan*, которые вместе управляют миллиардами долларов ипотечных кредитов, теперь хотят выписывать страховки на случай смерти людей, а точнее, если пенсионер проживет дольше, чем ему предписано прогнозом. Конечно, ни для кого не секрет, что мировая медицина не стоит на месте и уровень продолжительности жизни растет в развитых странах. Медицинский прогресс и здоровый образ жизни сделали прогнозирование продолжительности жизни более трудным для пенсионных фондов. Ожидаемая продолжительность жизни в Великобритании растет на один-три месяца в год, и пенсионные фонды, под управлением которых по разным оценкам находится порядка \$ 23 трлн активов, начинают активно покупать страховку от риска долголетия пенсионеров. Понятна политика Пенсионных фондов, которые пытаются застраховать свои риски, но политика крупных инвестиционных домов не преисполнена альтруизмом (делать ставки, по сути дела, на смерть человека), а это событие еще происходит на фоне принятия властями Швейцарии официального разрешения на эвтаназию. Одновременно ценные бумаги на основе продолжительности жизни не полностью идентичны страховкам по низкокачественным ипотечным кредитам, в силу того, что они «полностью обеспечены» и сводят к минимуму риски контрагента при невыполнении своих обязательств.

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

## ИнтерНьюс

### Власти Германии закрывают клинику, где лечили стволовыми клетками

Министерство здравоохранения германской земли Северный Рейн-Вестфалия закрывает клинику, где для лечения таких болезней, как церебральный паралич, болезнь Паркинсона и повреждения спинного мозга использовались неразрешенные методы терапии стволовыми клетками, сообщает издание Science Insider (Authorities Shut Controversial German Stem Cell Clinic). Клиника XCell работала в Дюссельдорфе и Кельне в течение трех лет. Ее руководство воспользовалось лазейкой в европейском законодательстве, которое давало право продолжать использование этого метода лечения без формального одобрения в течение 18 месяцев после вступления в силу европейских норм, регулирующих лечение стволовыми клетками. Однако этот период истек еще в январе. Кроме того, местные власти рассматривают возможность возбуждения уголовного дела против администрации клиники и одного из врачей в связи с двумя случаями, когда лечение привело к фатальным последствиям. В октябре 2010 года 18-месячный мальчик погиб после инъекции стволовых клеток в мозг. Через несколько месяцев 10-летний мальчик оказался на грани гибели после подобной процедуры. Сейчас его состояние значительно хуже, чем до лечения. К настоящему моменту через клинику прошло более 3 тысяч пациентов, каждый из которых оставил в ее кассе от 7,5 до 26 тысяч евро. Основатель клиники, голландский врач Корнелис Кляйнблосем переехал в Германию в 2006 году, после того как его клиника в Нидерландах была закрыта. По данным WirtschaftsWoche, совладельцы клиники, калифорнийский миллионер Паван Сет и французский инвестор Анри Стамм, уволили Кляйнблосема 22 апреля, назначив новыми содиректорами научного руководителя Ганса де Мунтера и главного врача Дирка Хаппича.

Источник: РИА Новости

### В Китае разработан экспресс-тест на СПИД по слюне

С санкции Государственного управления контроля над продуктами питания и лекарственными средствами КНР в стране поступил в продажу экспресс-тест на СПИД по образцу слюны, с помощью которого люди могут самостоятельно проверять себя на наличие вируса СПИДа. Новое средство было совместно разработано Пекинской биофармацевтической компанией «Ваньтай» и Государственным центром инженерно-технических исследований средств диагностики инфекционных болезней и вакцин против них, результаты теста могут быть получены в течение 30 минут. Итоги клинических испытаний, проведенных многими авторитетными ведомствами страны, показывают, что разработанное средство может гарантировать 100% точности полученных результатов. «Проверка на наличие вируса СПИДа с помощью слюны не означает, что вирус может распространяться через слюну», — отметил замдиректора упомянутого центра Чжан Цзюнь, добавив, что обычно спустя несколько недель после заражения человека вирусом СПИДа его иммунная система вырабатывает антитела к вирусу, поэтому по образцу крови, мочи, слюны и слез могут быть обнаружены такие антитела. Сейчас в Китае все средства для тестирования вируса СПИДа применяются с помощью образца крови, что не позволяет удовлетворить нужды людей в самоконтроле. Использование экспресс-теста по моче и слюне становится общенациональной и глобальной тенденцией в контроле за заражением вирусом СПИДа. Государственный центр инженерно-технических исследований средств диагностики инфекционных болезней и вакцин против них был создан с санкции Министерства науки и техники в 2005 году при Сямьньском университете.

Источник:

China Radio International

## ПРОТОКОЛЫ МГНОТ

### ПРОТОКОЛ СОВМЕСТНОГО ЗАСЕДАНИЯ СЕКЦИЙ «ЧЕЛОВЕК И ИНФЕКЦИЯ» И «ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКАЯ СЕКЦИЯ» МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ от 08.04.2008 г.

**Сопредседатель секции:** член-корр. РАМН, проф. Б.П. Богомолов, проф., д. м. н. В.Е. Нонинов, проф., д. м. н. А.С. Белевский

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

**Секретарь:** И.В. Тюрина

**Повестка дня:** «Туберкулез».

**Профессор, д. м. н. Борисов С.Е. (НИИ фтизиопульмонологии ММА им. И.М. Сеченова) «Туберкулез. Проблемы современной России».**

Туберкулез это не только инфекционное заболевание, но и биологическое, медицинское, социальное явление. И именно этим определяется живучесть проблемы туберкулеза, которая не оставляет человечество на протяжении уже не одной тысячи лет. Необходимо отметить, что первичный туберкулез встречается только в 1,5% случаев, остальное — это вторичный туберкулез, который развивается в результате прорыва инфекции у ранее инфицированных людей.

После разрушения командно-административной системы с 1991 г. по 2000 г. было выявлено сверх прогноза 205 000 новых случаев туберкулеза и зарегистрировано 107 000 случаев смерти от туберкулеза, которых не должно было быть, если бы система не разрушилась. Прирост заболеваемости наблюдался за счет молодых людей, а у женщин повысилась заболеваемость в возрасте от 15 до 55 лет. В настоящее время наблюдается стабилизация ситуации. С 2003 года были возобновлены централизованные мероприятия, утверждена целевая программа.

В ходе доклада были обсуждены нормативно-правовые аспекты профилактики и лечения туберкулеза и подчеркнуто, что противотуберкулезная помощь населению по своему характеру и специфике не может быть выведена только на федеральный уровень или только на уровень субъекта РФ или на муниципальный уровень. В решении данной проблемы необходимо участие всех звеньев системы здравоохранения, только тогда возможна упорядоченная деятельность по борьбе с туберкулезом.

Туберкулез трудно диагностировать, потому что поражаются практически все органы и системы. Объективными причинами возникновения этих трудностей являются изменчивость проявлений и течения туберкулеза, клиническая универсальность туберкулеза и разрыв между инфицированием и заболеванием. Эти обстоятельства заставляют использовать широкий спектр исследований для диагностики туберкулеза. Во фтизиатрии есть два кита, на которых основывается диагностика туберкулеза — обнаружение характерных изменений в органах и тканях и обнаружение возбудителя *M.tuberculosis*. Важное значение имеет морфологическая диагностика.

Врачи должны жестко требовать, чтобы каждое бронхоскопическое исследование заканчивалось получением материала как для морфологического исследования, так и для микробиологического исследования. Бронхоскопия без взятия материала — пустое исследование.

Еще один из методов диагностики туберкулеза — лучевая диагностика. Есть проблемы, связанные с квалификацией персонала. Имеется хорошее современное оборудование, но для того чтобы его эффективно использовать, например, для

выявления очаговых теней, средней интенсивности врачу требуется алгоритм действий. Пока таких алгоритмов нет. Если врач — профессионал своего дела, он этим занимается, а если ему надо просмотреть 200 рентгеновских изображений, он, наверное, не будет работать с каждым аккуратно.

Посмертная диагностика туберкулеза — одно из важнейших санитарно-эпидемиологических мероприятий, и когда падает количество вскрытий длительно болеющих людей на дому — это ужасно, потому что за ними часто стоят больные туберкулезом. Вы можете спросить, а не поздно ли? Нет, не поздно потому, что больной человек стал таким за определенный срок. Он был заразен и нанес окружающим огромный ущерб, и его как очаг инфекции вы должны зафиксировать и проверить его окружение, провести с ними профилактическую работу, наблюдать за ними, чтобы как можно раньше выявить туберкулез, если они заболеют.

Бактериоскопическая диагностика хорошо работает, когда есть большое количество бактериовыделителей и когда больные выявляются на поздней стадии заболевания. Необходимо отметить, что причинами ложноотрицательных результатов может быть слишком толстый мазок, погрешности окрашивания или обесцвечивания, погрешности техники просмотра мазка и наличие тканевого детрита, органических включений. Основные причины ложноположительных результатов: погрешности окрашивания или обесцвечивания, механические микроповреждения предметных стекол, погрешности техники просмотра мазка и контаминация реагентов или иммерсионного масла.



При культуральной диагностике необходимо проведение видовой идентификации и исследование лекарственной чувствительности возбудителя. Используется не менее 2 сред для обеспечения высеваемости штаммов с различными питательными потребностями. Следует помнить, что чувствительность всех методов зависит от качества сбора диагностического материала, которое не зависит от уровня оснащения лаборатории и квалификации ее персонала.

Единственным убедительным подтверждением инфицирования *M.tuberculosis* без признаков активного туберкулеза является реакция гиперчувствительности замедленного типа, проявлением которой становится реакция на туберкулин. Данная технология отработана. Действует один и тот же принцип оценки в течение уже многих десятилетий, есть подготовленные кадры — метод работает, несмотря на то что

Продолжение на стр. 7 ↗

## ИНСУЛЬТ

Нормативные документы

### ИНСУЛЬТ. НОРМАТИВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ

Под редакцией П.А. Воробьева

Ньюдиамед, 2010 г. — 480 с.

ISBN 978-5-88107-083-0

Книга «Инсульт. Нормативные документы» включает в себя Протокол ведения больных. Инсульт, стандарты медицинской помощи больным с инсультом на разных этапах ее оказания, а также порядок оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения.

По вопросам приобретения обращаться:

Издательство «Ньюдиамед»

www.zdrav.net

E-mail: mtpndm@dol.ru

(499) 782-31-09

Начало на стр. 6 ↗

он устарел и имеет недостаточные чувствительность и специфичность. Появление детей с далеко зашедшими формами туберкулеза и бактериовыделителей — это редкость. Таким образом, туберкулинодиагностика пока выполняет свои функции.

Необходимо отметить, что у лиц с нарушением иммунитета (в т. ч. у ВИЧ-инфицированных) наблюдается анергия к туберкулину. До сих пор во всем мире не существует достоверного метода выявления латентной туберкулезной инфекции у этих пациентов.

Существуют передовые технологии обследования на латентный туберкулез: тесты крови T-SPOT.TB и QuantiFERON-TB Gold, основанные на определении  $\gamma$ -интерферона, вырабатываемого в ответ на воздействие антигенов *M.tuberculosis*, имеющие лучшую специфичность по сравнению с пробой Манту. Однако, кроме прочего, здесь возникает ряд проблем с взятием крови у детей, и пока в существующую структуру диагностики туберкулеза этот метод мы внести не можем.

Диагностика туберкулеза и выявление больных туберкулезом — это разные вещи. Выявление больных туберкулезом — это систематическая, организованная и подкрепленная нормативными документами деятельность учреждений здравоохранения, направленная на выделение лиц с подозрением на туберкулез с последующим их обследованием для подтверждения или исключения данного диагноза. Выявлять больных туберкулезом необходимо для того, чтобы выявить очаг инфекции и своевременно провести противоэпидемические мероприятия.

По данным Государственной системы мониторинга (1995—2003 гг.) 58,7% случаев туберкулеза органов дыхания было выявлено при активном выявлении, 40% случаев — при обращении пациентов с жалобами. Внелегочный туберкулез был выявлен в 89,9% случаев при активном выявлении. При этом у больных, которые были выявлены при обращении с жалобами, полость распада была в 60% случаев и в 56,8% случаев наблюдалось бактериовыделение. Среди больных туберкулезом, которые были выявлены активно, лишь у 35,8% имелась полость распада и у 30,7% было обнаружено бактерионосительство.

Более 42% больных диагноз туберкулез органов дыхания и более 50% больных диагноз внелегочного туберкулеза были установлен в течение первого месяца обследования (1995—2005 гг.).

В повседневной работе врачу терапевту необходимо все время помнить о туберкулезе, и если возникают вопросы, обращаться к фтизиатрам.

**Вопрос:** У нас в стране существует законодательная база, и на этом фоне идет рост тяжелых форм туберкулеза. Почему же так плохо выявляется туберкулез на ранней стадии?

**Ответ:** На мой взгляд, в современной России подавляющему числу населения не хватает мотивации к собственному здоровью. Противотуберкулезная служба должна расширить свою деятельность в сфере социальной патологии. И еще у нас медленно обследуют больного, нет жесткого алгоритма обследования.

**Вопрос:** Насколько тесен должен быть контакт, чтобы заболеть туберкулезом?

**Ответ:** Существует много факторов. При проживании в одной квартире не менее 6 месяцев риск увеличивается в 9 раз, но американские исследователи показали, что в США 24% случаев туберкулеза выявлено при контакте с больными, никогда не выделявших *M.tuberculosis*.

**Вопрос:** Какое значение имеет в инфицировании плохое санитарное состояние противотуберкулезных учреждений?

**Ответ:** Оно имеет большое значение. В настоящее время проблемы санитарного контроля в этих учреждениях не разработаны. Практически не существует ни одного противотуберкулезного диспансера, имеющего полную систему санитарно-эпидемиологической безопасности, какая положена. Существующие инструкции не отвечают современным требованиям.

**Вопрос:** Какие существуют виды профилактической противотуберкулезной терапии у больных в терапевтических стационарах, которые повержены риску инфицирования

или «возбуждению» туберкулезной палочки (например, стероидная терапия). Обычно назначают фтивазид, но многие фтизиатры считают, что такая монотерапия опасна.

**Ответ:** Разделяют два понятия: химиопрофилактика — когда противотуберкулезный препарат назначают всем. Если охватить все население, она дает хороший эффект. Но в настоящее время больше говорят о превентивном лечении латентных заболеваний, и встает вопрос о подборе препарата с учетом лекарственной устойчивости. У нас к Изониазиду (препаратам группы ГИНК) устойчивость в 30% культур среди обращающегося населения. В связи с этим для детей и подростков разработана новая технология превентивной терапии, где в зависимости от сочетания факторов риска рекомендуются те или иные схемы, состоящие как минимум из 2 препаратов. Обычно взвешивается риск заболевания и риск побочных эффектов терапии. Если риск заболевания перевешивает, то выбирают лечение. Но в целом в России этот вопрос еще не решен.

**Вопрос:** Какой риск заболевания туберкулезом среди медицинских работников?

**Ответ:** Риск достаточно высокий, нет разницы между заболеваемостью медработников противотуберкулезной службы или медработников иных специальностей. Все в равной мере подвержены туберкулезу. Нужны новые исследования в этой области.

**В заключение Б.П. Богомолов** поблагодарил докладчика за интересное и полезное сообщение, отметил большой интерес врачей к данной проблеме и подчеркнул, что еще одна важная задача XXI века — совершенствование клинической диагностики туберкулеза врачами общей практики и врачами профильных специальностей. Я считаю, что легче всего диагностировать легочный туберкулез и очень сложно — внелегочный туберкулез. Туберкулез — это болезнь, которая касается всех специалистов, и каждый в своей области должен помнить о нем.

## ИнтерНьюс

### Отравившихся огурцами немцев начали лечить самым дорогим в мире лекарством

В рамках борьбы с эпидемией геморрагической кишечной инфекции в Германии начаты внеплановые клинические испытания. Экспериментальное лечение проводится самым дорогим в мире лекарством. По данным на 28 мая, в стране зафиксировано более тысячи предполагаемых и подтвержденных случаев заражения энтерогеморрагической кишечной палочкой (ЕНЕС, ЭГКП). Десять из них закончились летальным исходом. Случаи заболевания зарегистрированы также в Швеции, Дании, Голландии и Великобритании. При этом эпидемиологи считают, что пик эпидемии еще не пройден. Источником инфекции стали импортированные из Испании огурцы. В лаборатории Мюнстерской университетской больницы обнаружили, что вспышка вызвана редким штаммом ЕНЕС O104:H4, который ранее не становился причиной массового заболевания людей. Нынешняя эпидемия характеризуется крайне высоким уровнем тяжелого осложнения инфекции — гемолитико-уремического синдрома (ГУС), при котором вызванное токсинном кишечной палочки массовое разрушение эритроцитов приводит к острой почечной недостаточности, неврологическим нарушениям и смерти. Такая ситуация вынудила специалистов начать экстренные внеплановые клинические исследования применения при ГУС экулизумаба (торговое название Soliris). Этот препарат представляет собой антитела к компоненту комплемента C5 — важному белку иммунной системы, участвующему в разрушении клеток. До сих пор экулизумаб применялся только при пароксизмальной ночной гемоглобинурии — редком аутоиммунном заболевании, также сопровождающемся гибелью красных кровяных телец. В настоящее время этот препарат является самым дорогим в мире: годовой курс лечения им в США обходится в 409,5 тысяч долларов. В ходе начатых клинических испытаний ученые под руководством директора нефрологической клиники в Университетской больнице Гамбурга-Эппендорфа Рольфа Шталя и президента Немецкого нефрологического общества Райнарда Брунхорста проводят экспериментальное лечение заболевших, разрабатывая оптимальный режим терапии. Производитель экулизумаба компания Alexion предоставляет лекарство бесплатно — неожиданно большое число включенных в испытания пациентов с ГУС может значительно ускорить получение одобрения на использование препарата по этому показанию. Параллельно с экспериментальным лечением активно ведется расшифровка генома возбудителя, призванная выявить причины его высокой патогенности.

Источник: Nature

### Google грозит многомиллионный штраф из-за рекламы незаконных онлайн-аптек

Министерство юстиции США приступило к расследованию в отношении корпорации Google, которая подозревается в получении прибыли от рекламы запрещенных в Америке онлайн-аптек. 10 мая Google опубликовал обновленный финансовый отчет за первый квартал текущего года, из которого следовало, что корпорация отложила 500 миллионов долларов для выплаты штрафов из-за онлайн-рекламы. В отчете детали претензий властей к компании не сообщались. По данным издания, речь, в частности, идет о рекламных объявлениях канадских аптек, которые нарушают законодательство США. Газета указывает, что в интернете есть множество аптечных сайтов, продающих лекарства без рецептов или подделки. Если корпорацию признают виновной, ее ожидает один из самых больших штрафов, который она должна будет выплатить американским властям. Представители Google и Минюста отказались комментировать ситуацию. Из-за того, что компания отложила деньги на возможные штрафы, ее прибыль в первом квартале текущего года сократилась до 1,8 миллиарда долларов. В прошлом году рекламная выручка корпорации превысила 30 миллиардов долларов, в основном благодаря сервису AdWords.

Источник: The Wall Street Journal

**Внимание!**  
**В издательстве НЬЮДИМЕД вышла новая книга Н.А. Магазаник**  
**ДИАГНОСТИКА БЕЗ АНАЛИЗОВ, ВРАЧЕВАНИЕ БЕЗ ЛЕКАРСТВ**

Н.А. Магазаник  
**ДИАГНОСТИКА БЕЗ АНАЛИЗОВ, ВРАЧЕВАНИЕ БЕЗ ЛЕКАРСТВ**  
 НЬЮДИМЕД Москва, 2011

Стандартные  
 Операционные  
 Процедуры  
 Больницы

П.А. Воробьев, Н.Г. Гончаров, С.В. Сусин,  
 Т.Г. Зюкина, О.В. Оранская,  
 Д.В. Пухлянцева, И.В. Тюрина

**ИССЛЕДОВАНИЕ ГЕМОСТАЗА:  
 ПРЕАНАЛИТИЧЕСКИЙ ЭТАП  
 И ТРАКТОВКА**

Издательство НЬЮДИМЕД  
 Москва 2010

### Стандартные Операционные Процедуры Больницы.

### Исследование гемостаза: преаналитический этап и трактовка

Ньюдиамед, 2010 г. — 52 с.  
 ISBN 978-5-88107-077-9

В издании приведены стандарты по назначению исследований системы свертывания крови в многопрофильном стационаре в зависимости от предполагаемого заболевания. Основное внимание уделено наиболее распространенным программам диагностики нарушений системы гемостаза, их рациональному использованию, сокращению издержек. Отдельное место уделено преаналитическому этапу лабораторной диагностики, ошибкам, влияющим на конечный результат исследования. Издание предназначено врачам общих стационаров, в первую очередь — анестезиологам-реаниматологам, хирургам, акушерам-гинекологам, специалистам по интенсивной терапии.

По вопросам приобретения обращаться:

Издательство «Ньюдиамед»  
 www.zdrav.net  
 E-mail: [mtpndm@dol.ru](mailto:mtpndm@dol.ru)  
 (499) 782-31-09

## ПИСЬМА

## О спасении службы «03» от реформирования

В 2008 году было принято постановление правительства о замене телефонов 01, 02, 03, 04 на единый номер 112, как в Европе. Никто не анализировал то, что в Европе, например, скорой медицинской помощи, как у нас, нет. Кстати, набрать номер 03 проще, чем набирать трехзначный номер. Мое письмо в редакцию газеты «Московский доктор» вызвано тем, что в мае текущего года МЧС оживилось с внедрением единого номера 112. Непонятно, какие специалисты будут принимать вызовы от населения для оказания скорой медицинской помощи? Кто будет направлять бригады скорой медицинской помощи по вызовам населения? В настоящее время принятый на 03 вызов дифференцируется по сложности и своевременности направления бригады по вызову. Вызов передается или на подстанцию скорой медицинской помощи, или на ближайшую бригаду скорой. При необходимости осуществляется консультация с дежурными врачами, которые находятся непосредственно в зале приема и передачи вызовов. Будут ли такие дежурные врачи при едином номере 112? Кстати, как операторы службы 112 будут выявлять необходимость в психиатрической помощи?

Скорая помощь — важнейшая часть системы здравоохранения, имеющая особую специфику. В разное время года только в Москве осуществляется от 8 до 10 тысяч выездов, а обращений по телефону «03» бывает от 20 до 30 тысяч в сутки. На прием вызова от населения и направление бригады на вызов проходят считанные минуты. Разве телефон 112 уменьшит время приема вызова и направления бригад скорой медицинской помощи? А насчет Европы хочу ответить словами американской журналистки Мары Холмс в газете «National Observer», опубликованной в 1973 году, что для оказания скорой помощи в Москве достаточно набрать телефонный номер 03. И дальше она пишет, что скорая помощь по-советски может спасти жизнь в Америке. Комментарии излишни.

Участник программы «Защита здоровья нации»,  
заслуженный врач РСФСР, к.м.н. Н.М. Каверин



### XVI Международная научно-практическая конференция «ПОЖИЛОЙ БОЛЬНОЙ. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ» Организационный комитет

Уважаемые коллеги!

Сообщаем Вам о проведении 4—5 октября 2011 года XVI Международной научно-практической конференции «ПОЖИЛОЙ БОЛЬНОЙ. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ»  
Место проведения: Гостиница «Холидей Инн» Сокольники. Москва, Русаковская ул., дом 24

#### ОСНОВНЫЕ НАУЧНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ КОНФЕРЕНЦИИ:

- Медико-социальные аспекты геронтологии, заболевания у ветеранов войн, сестринский уход за пожилыми, современные геронтологические, организация медицинской и социальной помощи пожилым.
- Геронтологические аспекты терапии (кардиология, пульмонология, гастроэнтерология, хирургия, онкология, офтальмология, ревматология и остеопороз, эндокринопатии, цереброваскулярные заболевания и болезнь Альцгеймера, болезнь Паркинсона, стрессовые расстройства, депрессии в пожилом возрасте, сосудистые и другие психические расстройства, гематология, анемия и другие социальные проблемы пожилого возраста).
- Теоретические основы геронтологии, старение, геропротекторы.
- Стандартизация, медицина, основанная на доказательствах, и клиничко-экономический анализ в гериатрии
- Геронтофармакология, перспективы модернизации в здравоохранении.
- Профилактика преждевременного старения.

Во время конференции будет проходить выставка ведущих фармацевтических фирм.

#### ВАЖНЫЕ ДАТЫ

Предоставление тезисов до 15 июля 2011 г.  
Бронирование номера в гостинице до 1 сентября 2011 г.

#### ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ ТЕЗИСОВ

Тезисы объемом не более 400 слов (3500 знаков — не более 1,5 страниц формата А4), шрифта 12, 1,5 интервала можно переслать в адрес Оргкомитета [mtpndm@dol.ru](mailto:mtpndm@dol.ru). В теме письма обязательно указать «Тезисы». Воспроизведение с авторского оригинала без редактирования — ответственность за все ошибки лежит на авторе тезисов.

В присланных тезисах должны быть указаны название, авторы (ФИО представляющего автора должно быть внесено первым), организация, желательно — цели и задачи исследования, описание методов и полученных результатов с приведением цифровых данных, заключение. Дополнительно предоставляется: контактная информация одного из авторов, информация об учреждении: отдел, организация/больница, город, страна.

Тезисы публикуются в журнале «Клиническая геронтология» (входит в список ВАК). Для оплативших оргвзнос — тезисы бесплатны.

#### РЕГИСТРАЦИЯ

Зарегистрироваться и оставить заявку на бронирование номера в гостинице вы можете на сайте [www.zdrav.net](http://www.zdrav.net), заполнив соответствующую форму или направив в адрес Оргкомитета заявку на участие по электронной почте [mtpndm@dol.ru](mailto:mtpndm@dol.ru).

Регистрационный взнос составляет 3500 руб. и обеспечивает аккредитацию участника конференции, публикацию тезисов, получение опубликованных тезисов (сборник тезисов), папки с материалами конференции, ежедневный обед. Для членов Научного медицинского общества геронтологов и гериатров оплата составляет 50% от суммы регистрационного взноса. Вопрос о возможности аккредитованных участников выступить с устным сообщением решается Организационным комитетом на основании заявки и тезисов. Регистрационный взнос следует перечислять на расчетный счет ООО «МТП Ньюдиамед» с указанием фамилии участника конференции. К/с 301 018 100 000 000 005 05 Р/с 407 028 105 000 000 004 85 в АКБ «СТРАТЕГИЯ» (ОАО) БИК 044 579 505 Код по ОКОНХ: 91514 Код по ОКПО: 189 440 19 ИНН 770 224 522 0 КПП 770201001

#### ИНФОРМАЦИОННАЯ ПОДДЕРЖКА

Журналы «Клиническая геронтология», «Проблемы стандартизации в здравоохранении» (входит в перечень ВАК), «Клиническая фармакология и фармакоэкономика», газеты: «Вестник Московского городского научного общества терапевтов «Московский доктор», «Вестник Геронтологического общества РАН».

Адрес Оргкомитета: Москва, 115446, Коломенский проезд д.4, ГКБ N 7, Кафедра гематологии и гериатрии, Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Оргкомитет Конференции: «ПОЖИЛОЙ БОЛЬНОЙ. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ». Телефон/факс: (499) 782-31-09, E-mail: [mtpndm@dol.ru](mailto:mtpndm@dol.ru), Web-сайт: [www.zdrav.net](http://www.zdrav.net)

Председатель оргкомитета, профессор Воробьев Павел Андреевич  
Научный секретарь Буланов Андрей Юльевич  
Ответственный секретарь Рихард Галина Семеновна

#### ЗАЯВКА НА УЧАСТИЕ

в Оргкомитет Конференции «ПОЖИЛОЙ БОЛЬНОЙ. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ»

ФИО \_\_\_\_\_

Место работы и должность: \_\_\_\_\_

Индекс \_\_\_\_\_ Почтовый адрес \_\_\_\_\_

Телефон/факс (с указанием кода города) \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

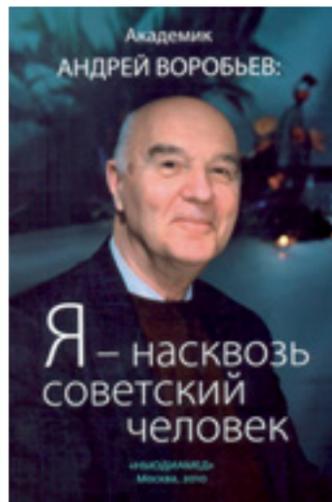
Формы участия (отметить ✓):

Устное сообщение  Стендовый доклад  Публикация тезисов  Слушатель

Гостиница: Не нуждаюсь  Нуждаюсь

Название доклада, соавторы \_\_\_\_\_

## Академик Андрей Воробьев: Я — насквозь советский человек



Ньюдиамед, 2010 г. — 948 с.

ISBN 978-5-88107-081-6

Это книга о выдающемся враче, ученом и замечательном человеке академике Андрее Ивановиче Воробьеве, составленная в значительной мере из его выступлений, статей, клинических разборов, интервью, публицистических комментариев авторов-составителей.

Читатель увидит, как пульсирует мысль, формируются непростые решения.

В книге много исторических параллелей, необычных для современности взглядов по вопросам этики и морали. Книга одинаково интересна как врачам всех специальностей, так и читателям без медицинского образования.

По вопросам приобретения обращаться:

Издательство «Ньюдиамед»

[www.zdrav.net](http://www.zdrav.net)

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

(499) 782-31-09

Оплатите счет на книгу

и вышлите копию счета с почтовым адресом

ИЗВЕЩЕНИЕ	ООО «МТП Ньюдиамед» КПП 770201001 (наименование получателя платежа) 7702245220 № 40702810500000000485 (ИНН получателя платежа) (номер счета получателя платежа)
	в АКБ «СТРАТЕГИЯ» (ОАО) (наименование банка получателя платежа) БИК 044579505 № 30101810000000000505 (номер кор.с банка получателя платежа)
Кассир	Платежщик: _____ (ФИО и адрес плательщика) Назначение платежа: За книгу «Я-насквозь советский человек» (с НДС-18%) Сумма платежа: 3000 руб. 00 коп. Платежщик: _____ (подпись) Дата: _____ 2011 года
КВИТАНЦИЯ	«МТП Ньюдиамед» КПП 770201001 (наименование получателя платежа) 7702245220 № 40702810500000000485 (ИНН получателя платежа) (номер счета получателя платежа)
	в АКБ «СТРАТЕГИЯ» (ОАО) (наименование банка получателя платежа) БИК 044579505 № 30101810000000000505 (номер кор.с банка получателя платежа)
Кассир	Платежщик: _____ (ФИО и адрес плательщика) Назначение платежа: За книгу «Я-насквозь советский человек» (с НДС-18%) Сумма платежа: 3000 руб. 00 коп. Платежщик: _____ (подпись) Дата: _____ 2011 года

Вестник МГНОТ. Тираж 7000 экз.

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

РЕДАКЦИЯ: Главный редактор П.А. Воробьев

Редакционная коллегия: А.В. Власова (ответственный секретарь), А.И. Воробьев, В.А. Буланова (зав. редакцией), Е.Н. 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., Бурков С.Г., 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., Каляев А.В., Ключев В.М., Комаров Ф.И., Лазебник Л.Б., Лысенко Л.В., Моисеев В.С., Мухин Н.А., Насонов Е.Л., Ноников В.Е., Палеев Н.Р., Пальцев М.А., Парфенов В.А., Погожева А.В., Покровский А.В., Покровский В.И., Потехин Н.П., Раков А.Л., Савенков М.П., Савченко В.Г., Сандриков В.А., Симоненко В.Б., Синопальников А.И., Смоленский В.С., Сыркин А.Л., Тюрин В.П., Хазанов А.И., Цурко В.В., Чазов Е.И., Чучалин А.Г., Шпектор А.В., Ющук Н.Д., Яковлев В.Б.

Газета распространяется среди членов Московского городского научного общества терапевтов бесплатно

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

Телефон 8-499-782-31-09, e-mail: [mtpndm@dol.ru](mailto:mtpndm@dol.ru) [www.zdrav.net](http://www.zdrav.net)

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

При перепечатке материала ссылка на Вестник МГНОТ обязательна.

За рекламную информацию редакция ответственности не несет.

Рекламная информация обозначена ⚡

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