



ВЕСТНИК МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО

МОСКОВСКИЙ ДОКТОР

Февраль 2007

№ 3 (44)

НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ

— Что особенного в учебном процессе на Вашей кафедре по сравнению с другими ВУЗами?

— У наших студентов есть возможность изучать клиническую фармакологию, в том числе и на базе лаборатории клинической фармакологии — то есть там, где проводится фармакокинетический мониторинг, там, где проводится микробиологическая экспресс-диагностика с подбором наиболее эффективных антибактериальных средств. Кроме того, мы имеем биохимическую лабораторию, хорошую иммунологическую лабораторию. Все эти лаборатории объединены в «Центр клинической фармакологии и фармакотерапии» и на его базе мы, собственно, и строим учебный процесс. Кроме того, базы нашей кафедры размещены в нескольких лечебных учреждениях города. Поэтому сотрудники кафедры оказывают помощь в развитии службы клинической фармакологии в крае. Результаты обследования больных в лаборатории клинической фармакологии — она у нас межбольничная — ассистенты кафедры могут активно использовать в учебном процессе и в лечебной работе. Студентам интересно, это главное. Кроме того, на кафедре проходят обучения врач-клинические фармакологи.

— Сколько сейчас в Ставрополе клинических фармакологов и чем они занимаются?

— Около 30, из них активно работающих порядка 20 специалистов.

— Это только в больших клиниках?

— Нет, и в районах края они тоже работают. Занимаются формулярной системой, введением стандартов, побочными действиями препаратов. Я думаю, что основная задача клинического фармаколога именно организационная! Однако активно проводится и консультирование больных, особенно в сфере антибактериальной терапии.

— Владимир Александрович, а Вы, оказывается, еще и декан леч. фака?

— Да, уже больше 10 лет. Это достаточно сложно.

— Зачем Вам это?

— Кто-то должен этим заниматься.

— А у декана есть возможность всерьез повлиять на педагогический процесс? Повысить его эффективность?

— Очень незначительно.

Ведь есть программы, и приходится в их рамках действовать. Скорее как заведующий кафедрой я могу повлиять на что-то.

— Я слышала, что Вы активно боретесь с БАДами?

— Не то чтобы борюсь, но считаю, что нужно активно обсуждать эту проблему. Мы несколько передач подготовили на местном телевиденье, радио, публикации в прессе. Почему у меня негативное отношение? — крайне часто БАДы плохо изучены в лечебной практике, порой они опасны, весьма дороги и чаще всего неэффективны.

Представляете, есть люди, которые любят свою родину!

Заведующий кафедрой клинической фармакологии Ставропольской государственной медицинской академии проф. В.А. Батури



Я думаю, что основная задача клинического фармаколога именно организационная!

— Если Вы говорите, что чаще всего неэффективны, то значит, считаете, что есть и эффективные?

— Но есть же какие-то витаминсодержащие БАДы, есть БАДы, которые по сути своей лекарственные препараты и просто не дошли до регистрации. Но я против БАДов в основном потому, что это плохо изученные средства, представляющие опасность для больного и отвлекающие его финансы. Больной тратит деньги на БАД, а не лечится необходимыми ему антигипертензивными средствами, или другими необходимыми лекарствами.

— То есть БАДы — это плохие лекарства.

Думаю, что да. Если они действующие, то и проверяться должны как лекарства. И назначаться как лекарства, и продаваться как лекарства. А получается, что их проверка ведется на уровне Роспотребнадзора: микробное и радиоактивное загрязнение, соли тяжелых металлов.

— То есть как продукты питания?

— Совершенно верно. Зачем этим пользоваться? Клинических испытаний, особенно правильно организованных, не проводится. Мне это известно, поскольку приходится консультировать пациентов, купивших у распространителей БАДы. Ведь что еще ужасно —

большинство БАДов — это сетевой маркетинг: непонятно, кто производит, с кого спрашивать. Во многие БАДы, особенно китайские, входят стимуляторы. БАД дает стимулирующее действие, люди думают, что у них улучшается состояние, на самом деле после того, как этот БАД отменяется — состояние сразу ухудшается. Более того — формируется и психическая, и физическая зависи-

мость. Ведь не зря китайские препараты пыгаются ограничивать, в них во многих в больших количествах стимуляторы содержатся.

— Ну так жень-шень и элеутерококк в аптеке продается?

— Э, нет, тут вещи посильнее и другого ряда, запрещенные к свободной продаже.

ПРЯМАЯ РЕЧЬ

— Вы считаете, что БАДы имеют право на существование, но должны проходить ту же проверку, что и лекарственные средства?

— Да.

— Так если они пройдут такую проверку, то «вредные» отметут, а кому эти недействующие-то будут нужны?

...крайне часто БАДы плохо изучены в лечебной практике, порой они опасны, весьма дороги и чаще всего неэффективны.

— Да кто их знает. Я думаю, что и не нужны они. У распространителей БАДов ведь какая легенда: пища плохая, ненатуральная, с консервантами, витаминов и микроэлементов в ней мало. Люди мало двигаются, поэтому ограничивается объем потребления пищи. Следовательно, витаминов сильно недополучают. Поэтому всем нужно БАДы принимать. Но с другой стороны — если люди стали мало двигаться, то им и витаминов меньше нужно! Ну, еще некоторые БАД якобы некоторые другие проблемы решают...

— Так получилось, что наша газета задавала вопросы нескольким ведущим клиническим фармакологам в стране, и мало кто из них может рассказать про конкретное применение фармакогенетики, все говорят, что да, важно, изучаем...

— Ну почему, вот конкретное наше исследование — выяснили этнические особенности действия ряда лекарств, в частности, у армян, проживающих у нас в регионе. Установлена низкая чувствительность к ингибиторам АПФ. Сначала это было на уровне ощущений-наблюдений из практики — стали исследовать —

действительно так. У них значительно чаще приходится использовать либо большие дозы ИАПФ, либо комбинации с другими гипотензивными средствами.

— И как Вы это открытие реализовали на практике?

— Разработали рекомендации по использованию других групп антигипертензивных препаратов. У них разумно шире использовать блокаторы кальциевых каналов. Кроме того, у армян вообще гипертоническая болезнь тяжелее протекает, выше факторы риска... Эту проблему еще изучать и изучать...

— Салават Шейхович Сулейманов про коренных жителей Севера и ацетилирование противотуберкулезных средств рассказывал...

— Мы также изучили особенности ацетилирования изониазида у армян — они оказались медленными ацетилираторами, а среди карачаевцев больше быстрых ацетилираторов, а у славян — приблизительно поровну.

— В Ставрополе компактное проживание многих народов? Ведь по России все так намешалось...

— Нет, мы все-таки можем говорить, что армянский этнос отчетливо сложился на Кавказских Минеральных водах, карачаевцы компактно проживают в Карачаево-Черкесской республике. Представляете, есть люди, которые любят свою родину!

Беседовала А. Власова

СВЕТСКАЯ ХРОНИКА

14 декабря 2006 г. в Смоленске прошла III Межобластная конференция «Пожилой больной». Организаторами конференции выступили: Смоленская государственная медицинская академия, областной клинический госпиталь для ветеранов войн при поддержке департамента здравоохранения администрации г. Смоленска и отделения Межрегиональной общественной организации Научного медицинского общества геронтологов и гериатров. Открыл конференцию начальник областного клинического госпиталя для ветеранов войн Н.А. Силаев и подчеркнул, что основная задача — повышение теоретической подготовки врачей-терапевтов и неврологов по лечебной и лекарственной помощи ветеранам войны, больным пожилого и старческого возраста. Старение организма рассматривается как закономерный общебиологический процесс, сопровождающийся изменением структуры и снижением функциональной активности органов и тканей. Врач должен знать особенности ведения больных пожилого и старческого возраста. С докладом «Современные



подходы к терапии боли в спине» выступил профессор ММА им. И.М. Сеченова Цурко В.В. Патологические изменения, являющиеся источником боли у лиц пожилого возраста, развиваются практически в любой из структур позвоночника. Наиболее часто у пожилых людей поражаются дуготросчатые суставы позвонков и межпозвонковый диск. Врачу необходимо всегда помнить, что лечение боли в спине у пожилых должно быть особенно дифференцированным и щадящим, так как помимо болевого синдрома в этом возрасте имеют место сопутствующие заболевания. Первой ступенью в лечении боли при дегенеративно-дистрофических заболеваниях суставов являются НПВС. Также прозвучали доклады «Применение цитокиновых регуляторов для лечения артропатий у гериатрических больных» Голованова Е.Д., «Медико-социальные вопросы взаимоотношения врач-пациент» Шлягер Е.В., «Дисциркуляторные энцефалопатии, клиника, диагностика, лечение» Иванова Н.А. и другие.

Цурко В.В.

ИнтерНьюс

Министр М. Зурабов ответил Интернету

Накануне Нового Года 26.12.06 в сети он отметил, что средняя продолжительность жизни при хронической патологии у нас 6—7 лет, а в мире — 18—20 лет, потому, что мы не выявляем эти заболевания из-за недостаточного количества врачей и диагностического оборудования. Министр рассказал про проделанную работу по реализации 306 организационно-технических мероприятий сетевого графика реализации национального проекта Здоровье. За год увеличилось число врачей в первичном звене с 56000 до 73000, а медицинских сестер с 59000 до 81000. Выпускники медицинских вузов пошли на работу в первичное звено.

Гигантские акции по иммунизации населения: вакцинация от гепатита В 10 000 000 человек, от гриппа — 22 000 000 человек, от краснухи — более 5 000 000 человек. Предусматривается увеличение объемов финансирования родовых сертификатов: в них включен 3-й талон, для детской поликлиники, в которой будет наблюдаться ребенок.

С 2008 года в национальном проекте предполагается совершенствование организации мед. помощи при дорожно-транспортных происшествиях, будет укрепляться служба «скорой помощи».

Будут построены 14 федеральных высокотехнологичных медицинских центров.

Уже разработаны и начали внедряться критерии оценки, которые позволят привязать заработную плату врача, в первую очередь участковых терапевтов и педиатров, врачей общей практики, к объему и качеству выполненной им работы, хотя пока жесткой связи с зарплатой не будет.

Сейчас тяжелый, напряженный, но подготовительный этап для того, чтобы научить принципам работы в условиях хозрасчета, когда медицинская помощь будет оплачиваться по факту ее оказания. Это разработка стандартов оказания медицинской помощи, медикаментозных формуляров, это новая система контроля качества оказания медицинской помощи, это введение персонализированного учета больных и врачей.

Сегодня решения, которые принимаются в здравоохранении, исходят из того, что экономическая эффективность медицинской помощи вообще никак не оценивается. Поэтому мы вынуждены действовать в другой логике. Мы вынуждены разрабатывать стандарты оснащенности в зависимости от мощности медицинского учреждения, от количества посещений и в соответствии с этими стандартами рекомендовать медицинским учреждениям получать то или иное оборудование.

В 2007 г. будет сделан акцент на стационарной медицинской помощи. В рамках этой работы будут запущены в 17 территориях пилотные проекты, и если они будут успешными, то это позволит разработать модельные законы — как могла бы выглядеть система здравоохранения. Прежде всего — это финансирование медицинской помощи, а не финансирование учреждений. Нужно описать, какую медицинскую помощь будут оплачивать, т. е. стандартизировать ее. Этот стандарт должен включать то, что даст возможность рассчитать стоимость медпомощи, то есть превратить клинический стандарт, по которому будет оцениваться качество медпомощи, в экономический стандарт. Этот стандарт должен быть абсолютно достаточным для того, чтобы получить лечебный эффект.

Неизбежно потянутся нескольких вопросов. Принятие закона о защите прав пациента. Нужно защитить профессиональную ответственность врача. Нужно принять законы о независимой экспертизе и создать ее. Необходимо стандартизировать требования к медицинским учреждениям в соответствии с их функциями.

Мы хотим в принципе предложить новую модель организации здравоохранения. У каждого человека должен быть свой лечащий врач. Но ему нужно платить не за болезнь, а за здоровье.

Никогда мы не сможем сделать здравоохранение эффективным, если будем иметь сильное терапевтическое звено, но эффективные инновационные лекарственные препараты не будут доступны гражданам РФ. Ни в одной развитой стране мира гражданин лекарственные препараты за свои деньги не покупает. Он может соучаствовать в расходах. Для того, чтобы провести реформу, необходимо подготовить модель, по которой можно будет обеспечить не только пожилых, не только льготников препаратами, но прежде всего работающих граждан.

И еще о многом сказал министр...

Источник информации:
caim rost.ru

СВЕТСКАЯ ХРОНИКА

14 декабря 2006 г. в Центре охраны здоровья детей РАМН состоялась итоговая ежегодная сессия Российского Медицинского Общества.

В работе сессии приняли участие представители от 29 региональных отделений Общества и от 46 Российских врачебных организаций по медицинским специальностям, и, в том числе, более 10 академиков и членов-корреспондентов РАМН.

Российское медицинское общество: хроника событий

С отчетом о работе за 2006 год выступил Секретарь Президиума РМО Л. Михайлов. В его докладе, помимо сообщения о результатах работы Общества (о заседаниях Президиума РМО, об участии в совещаниях, симпозиумах, конференциях в России и за рубежом), были затронуты и актуальные вопросы состояния системы здравоохранения Российской Федерации, а также те проблемы, с которыми может столкнуться врачебное сообщество при вступлении России в ВТО.

РМО является единственным ассоциированным членом Всемирной Медицинской Ассоциации (ВМА), а ее секретарь членом Совета ВМА и членом Комитетов ВМА по бюджетному планированию и медицинской этике. Таким образом, членство врача в РМО автоматически делает его и членом ВМА.

Была отмечена успешная работа в течение года некоторых региональных отделений РМО. В частности отделение РМО в г. Санкт-Петербурге решением Законодательного Собрания города впервые получило бюджетные средства целевого назначения для приобретения оргтехники, создания сайта в Интернете и регионального регистра членов Общества.

С целью профессионального подхода к вопросам контроля качества медицинской помощи с участием членов РМО, как независимых экспертов, разработан проект Положения о Федеральной комиссии по экспертизе качества ме-

дицинской помощи Российского медицинского общества, который в настоящее время находится на согласовании в Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения и социального развития.

Были также рассмотрены вопросы работы Российских врачебных организаций по медицинским специальностям, в том числе и в составе международных организаций. Руководителями врачебных обществ по медицинским специальностям, при обсуждении доклада был поднят вопрос об активизации работы по совершенствованию механизмов вступления в РМО членов врачебных организаций по медицинским специальностям и предложены пути решения этой проблемы.

При этом большое количество академиков и членов-корреспондентов РАМН поддержали предложение о личном вступлении в РМО. Вместе с тем, в сравнении с общим числом врачей в стране, проблема привлечения новых специалистов в РМО остается важным направлением его дальнейшей деятельности.

В соответствии с новой редакцией Закона об общественных организациях РФ, на внеочередной сессии Президиума РМО в Устав РМО были внесены соответствующие изменения по совершенствованию системы управления Обществом. В соответствии с новой редакцией Устава РМО, уже зарегистрированного Министерством юстиции РФ, постоянно действующим органом управления Общества является Совет, а не Президиум, как было ранее, представительным — Президент Общества, а исполнительным — Генеральный секретарь. Такая система управления принята во всех национальных медицинских организациях ВМА.

В церемониальной части заседания Президент Общества 2005—2006 года академик РАН и РАМН В.С. Савельев официально передал свои полномочия Президенту Общества 2006—2007 года академику РАМН М.И. Перельману.

Сессия единогласно избрала академика РАМН А.А. Баранова Президентом Общества 2007—2008 годов.

В. Новолодский

Всемирная Медицинская Ассоциация (ВМА) — Всемирный врачебный парламент, международная организация, представляющая врачей мира и устанавливающая международные нормы медицинской деятельности, обязательные для исполнения врачами всех стран, — основана 17 сентября 1947 года на Первой Генеральной Ассамблее ВМА в Париже, в которой приняли участие национальные медицинские организации (НМО) из 27 стран. Организация была создана для того, чтобы обеспечить гарантии независимости врачей и высокие стандарты их этической деятельности, что было особенно важно после Второй Мировой войны, и за всю историю ВМА всегда оставалась независимой международной медицинской организацией, устанавливающей международные нормы в деятельности врачей. Финансирование осуществляется за счет ежегодных взносов ее членов — национальных медицинских организаций почти из 80 стран мира.

ВМА ежегодно проводит Генеральные Ассамблеи, на которых НМО могут свободно выразить свое мнение по актуальным проблемам медицины, придти к консенсусу по вопросам высоких стандартов медицинской этики и профессиональной компетенции, чтобы пропагандировать профессиональную свободу врачей всего мира.

Такое уникальное партнерство способствует высококлассному гуманному подходу к пациентам, улучшая качество жизни людей во всем мире.

Миссия ВМА

Цель ВМА — служить человечеству, стараясь достичь высших международных стандартов в медицинском образовании, медицинской науке, медицинском искусстве и медицинской этике и охране здоровья во всем мире.

Структура ВМА

Главный принимающий решения орган ВМА — Генеральная Ассамблея, которая собирается ежегодно. Ассамблея состоит из делегаций Национальных Медицинских Ассоциаций, руководителей и членов Совета ВМА, и представителей член-корреспондентов (отдельных врачей, желающих присоединиться к ВМА).

Ассамблея выбирает Совет ВМА каждые два года из представителей от каждого из 6 регионов ВМА: Африки, Азии, Европы, Латинской Америки, Северной Америки и Тихоокеанского региона.

Председатель Совета, избирающийся Советом ВМА каждые два года, является политическим главой организации. Формальным/официальным главой является Президент, ежегодно избирающийся на Ассамблее. Как и исполнительный директор, Генеральный Секретарь работает в Секретариате, назначенном Советом ВМА. Секретариат ВМА расположен в Ферне-Вольтер, Франция, на границе с Швейцарией.

Продолжение на стр. 3

КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ

(оценка, выбор медицинских технологий
управление качеством медицинской помощи)

Под редакцией профессора П.А. Воробьева
Издательство «Ньюдиамед»

Новое направление в медицине приобретает все больше сторонников.
Книга уже произвела огромный общественный резонанс.

Как правильно считать деньги, всегда ли дешевое — 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 вопросы найдете в книге.

Монография — размышления о качестве медицинской помощи, современном состоянии здравоохранения, рациональных путях развития.

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



Начало на стр. 2

Комитеты ВМА: Комитет по медицинской этике Комитет по медико-социальным проблемам Комитет по бюджету и планированию.

Руководство ВМА

- Президент** — д-р Коси Летлейп (Южная Африка)
- Председатель Совета** — д-р Яром Блашар (Израиль).
- Генеральный Секретарь** — д-р Отмар Клойбер (Германия).
- Президент-элект** — д-р Арумугам Ар Начиаппан (Малайзия).
- Паст-Президент** — д-р Янк Кобл (США).
- Вице-Председатель Совета** — д-р Нобуя Хашимото (Япония).
- Председатель Комитета по медицинской этике** — д-р Ева Н. Багенхольм (Швеция).
- Председатель Комитета по медико-социальным проблемам** — д-р Генри Хэдлед (Канада).
- Казначей** — д-р Йорг-Дитрих Хоппе (Германия).
- Почетный Генеральный Секретарь** — д-р Андре Винен (Бельгия).
- Председатель членов-корреспондентов** — д-р Гай Дюмон (Бельгия).

Мадридская Декларация о профессиональной автономии и самоуправлении врачей Принята 39-ой Всемирной Медицинской Ассамблеей. Мадрид, Испания, октябрь 1987.

Осознавая необходимость установления врачебной профессиональной автономии во всем мире и создания соответствующих механизмов самоуправления, учитывая связанные с этим проблемы и вызовы со стороны общества, Всемирная Медицинская Ассоциация принимает настоящую Декларацию:

1. Главная цель профессиональной автономии — обеспечение свободы профессиональных решений врача при оказании медицинской помощи в соответствии с «Декларацией о независимости и профессиональной свободе врача», принятой ВМА в октябре 1986 г.
2. ВМА и ее члены — национальные медицинские организации — вновь подтверждают значение профессиональной автономии, как неперемного условия оказания высококачественной медицинской помощи. Следовательно, профессиональная независимость врача необходима пациентам, а потому достойна охраны и защиты. ВМА и национальные медицинские организации подтверждают приверженность принципу профессиональной врачебной автономии, как одному из важных принципов медицинской этики.
3. Из права на профессиональную автономию вытекает ответственность врачей за обеспечение самоуправления в своей медицинской деятельности. Вне зависимости от системы здравоохранения, существующей в данном государстве, только сами врачи должны регулировать профессиональные отношения и деятельность отдельных врачей.
4. ВМА обращается к своим членам — национальным медицинским организациям — с призывом создавать и поддерживать структуры врачебного самоуправления в своих странах и активно участвовать в их работе. Эффективное самоуправление — залог профессиональной независимости в вопросах оказания медицинской помощи.
5. Качество медицинской помощи и компетенция оказывающего ее врача всегда должны быть в центре внимания любой структуры самоуправления. Врачи обладают достаточными знаниями для принятия решений, способных служить на благо пациентам, обеспечивая качественное оказание

медицинской помощи компетентными врачами. Система врачебного самоуправления должна быть открыта для внедрения достижений медицинской науки и наиболее безопасных и эффективных методов лечения. Экспериментальные исследования должны отвечать требованиям безопасности, сформулированным в Хельсинской Декларации ВМА, и соответствовать положениям национального законодательства. Дискредитировавшие себя научные теории не подлежат проверке на людях.

6. Структуры врачебного самоуправления обязаны разумно относиться к ценам на медицинские услуги. Высокое качество медицинской помощи оправдано лишь тогда, когда она доступна всем. Только квалификация врача позволяет дать оценки, необходимые для решения вопросов цен. Поэтому национальные медицинские организации обязаны включить процедуры определения цен на медицинские услуги в сферу своей деятельности. Снижать стоимость медицинских услуг следует за счет совершенствования методов предоставления медицинской помощи, повышения доступности госпитальной и хирургической помощи, адекватного использования технологий. Снижение цен на медицинские услуги не должно приводить к ограничению объема медицинской помощи. Нельзя допускать и чрезмерного использования медицинских ресурсов с целью увеличения стоимости медицинской помощи: в этом случае она также станет недоступной для многих нуждающихся в ней.

7. Поведение врача и его профессиональные действия должны подчиняться этическим нормам и положениям кодекса профессиональной этики, действующего в той или иной стране. Для блага пациентов национальные медицинские организации должны добиваться соблюдения этических норм каждым врачом. Следует адекватно реагировать на нарушения этических норм, виновные в подобных нарушениях должны нести дисциплинарные наказания с возможностью последующей реабилитации. Вынесение таких наказаний относится к исключительной компетенции национальных медицинских организаций.

8. Существует, разумеется, множество других аспектов деятельности врачебного самоуправления, относящихся к компетенции национальной медицинской организации. Национальные медицинские организации должны помогать друг другу в решении возникающих проблем. ВМА будет поощрять практику обмена информацией и опытом между национальными медицинскими организациями с целью совершенствования самоуправления и обязуется оказывать им в этом всяческое содействие.

9. ВМА и национальные медицинские организации должны довести до сведения населения информацию о существовании эффективной и ответственной структуры самоуправления врачей в каждой стране. Люди должны понимать, что они могут полностью положиться на систему врачебного самоуправления в честной и объективной оценке всех аспектов медицинской помощи.

10. Принятие национальными медицинскими организациями на себя перечисленных функций обеспечит каждому врачу право на осуществление независимого лечения любого пациента без постороннего вмешательства. Ответственное и высокопрофессиональное поведение каждого врача и обеспечиваемая национальной медицинской организацией эффективная и действенная система самоуправления должны гарантировать заболевшему квалифицированную помощь компетентных врачей.

ИнтерНьюс

Деньги — не пахнут, но это грязные деньги

Специалисты Госзнака вместе с экспертами из НИИ эпидемиологии и микробиологии проверили, насколько грязны российские деньги. Отбор денежных знаков провели на Ярославском вокзале Москвы. Удалось установить, что на ветхих банкнотах «обитают» до 500 видов бактерий и 3—4 вида плесневых грибов — 10—100 микробных клеток на одну купюру. На банкнотах встречались возбудители туберкулеза, сальмонеллеза, дизентерии. Специалисты также выяснили, что возбудители вирусных инфекций, например, гриппа, которые в обычной среде имеют довольно короткий срок жизни, могут просуществовать на купюрах в течение нескольких недель.

Банкнота на 90% состоит из целлюлозы, являющийся неплохой питательной средой для бактерий. Средний срок их жизни на асигнации — 1—2 месяца. Это связано с развитием технологий — если раньше банкнотная бумага изготавливалась в кислой среде, то сегодня ее производят в нейтральной, что привлекательно как для микробов, так и для грибов. Специалисты задумались о создании бактерицидных денег. Недавно провели испытания одной антимикробной добавки. Являясь полимером, это вещество довольно прочно и надолго закрепляется в структуре бумаги, защищая ее от бактерий в течение 5 лет.

К евро вредные бактерии практически «не пристают», но технология обеззараживания этих защищенных купюр, разумеется, держится в секрете. Несмотря на это, на евро можно найти следы другой заразы. Недавнее исследование, проведенное в Испании, показало, что следы кокаина присутствуют на 94% всех банкнот, находящихся в обращении в стране. Таковы результаты экспертизы, проведенной в мадридской исследовательской лаборатории Sailab. Для исследования на наличие наркотика в супермаркетах, аптеках, гимнастических залах и многих других общественных местах по всей стране было отобрано 100 банкнот различного достоинства, и лишь на 6% из них не нашли следов кокаина. Испания является мировым лидером по уровню потребления кокаина среди населения.

Источник:
NEWSru.com

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

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

Источник:
Am. J. Emerg. Med. 2007

ПИСЬМА



Уважаемые коллеги!

С 2007 годом! Новых сил, удачи, счастья! Большое спасибо за Вашу газету:
— консультации
— советы
— рассуждения
— улыбки
— «официоз» в организации здравоохранения. Будем ждать новых Ваших публикаций — коротких, полезных, понятных. Добра, здоровья, мира Вам.

*Из села Холмогоры Архангельской области
врач скорой помощи,
по совместительству онколог
Попов В.М.*



Уважаемый господин П.А. Воробьев!

Разрешите поздравить Вас и всех сотрудников газеты «Московский доктор» с наступающим Новым годом и пожелать всем здоровья и благополучия. Мы очень любим вашу (простите — нашу) газету. Лично мне особенно приятен замечательный, глубоко гуманный и интернациональный тон газеты. Особенно хочу Вас поблагодарить за публикации, посвященные «АЛЖИРУ» и «Бабе-му Яру». Хотелось бы больше видеть в газете публикации, посвященные конкретной (рутинной) работе и ее организации в конкретных медицинских учреждениях Москвы. Методики повышения квалификации врачей в процессе работы прямо на рабочем месте (у себя в больнице), анализ причин неудовлетворительного оснащения больниц современной аппаратурой (имея в виду простые вещи — рентген, лаборатория, функциональная диагностика).

Зав. кардиологическим отделением Мозель А.И.

КЛИНИЧЕСКАЯ ГЕРОНТОЛОГИЯ

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

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

ИнтерНьюс

Бактерии вызывают тучность!

Часто говорят, что толстые люди сами виноваты в своей полноте. Но возможно — только возможно — часть вины лежит на бактериях.

Исследователи предположили, что микроорганизмы, создающие предрасположенность к ожирению, впитывают больше калорий из пищи, которые всасываются организмом и потом откладываются в виде излишков жира. Небольшие различия в том, как поглощаются калории, могут играть важную роль для предрасположенности к ожирению по мнению Джеффри Гордона из Медицинской школы Сент-Луиса Вашингтонского университета. Значение этого открытия для людей, желающих сбросить вес, на данном этапе неясно. Неизвестно, насколько легко можно изменить баланс микрофлоры у человека, и какие нежелательные последствия это может иметь для здоровья. Кроме того, отмечает эксперт по ожирению Стивен Блум из Имперского колледжа Лондона, другие механизмы регулирования веса могут вступить в силу, чтобы компенсировать любое изменение микрофлоры кишечника.

Кишечник каждого человека содержит в себе уникальный коктейль из триллионов бактерий и других микроорганизмов, которые помогают расщеплению пищи и борются с патогенными организмами. В 2004 году Гордон впервые предположил, что эта смесь микробов может влиять на контроль веса.

Исследования, опубликованные группой Гордона в журнале Nature, представляют собой серьезное доказательство этой идеи. Ученые исследовали микробиологический состав экскрементов 12 добровольцев, страдающих ожирением, и сравнили его с анализами пяти стройных добровольцев. Большинство бактерий делятся на две группы — Firmicutes и Bacteroidetes. У страдающих ожирением добровольцев оказалось на 20% больше бактерий Firmicutes и почти на 90% меньше Bacteroidetes, чем у стройных.

Затем страдающие ожирением добровольцы провели год на диете с низким содержанием жиров и углеводов и потеряли 25% своего веса. В то же время содержание бактерий Firmicutes в их кишечнике сократилось, а бактерий Bacteroidetes стало больше, хотя общий уровень не сравнялся с тем, который наблюдался у стройных людей.

Это позволяет предположить, что ожирение может нарушать нормальный баланс микрофлоры. Однако исследования на мышах показали, что возможно и обратное действие: смена микрофлоры может повлиять на вес. Исследователи взяли бактерии из кишечника худых и толстых мышей и пересадили их мышам, чей кишечник был искусственно лишен микрофлоры, так как они находились в стерильных клетках. Через две недели мыши, которым были пересажены «микробы ожирения», набрали примерно в два раза больше жира, чем те, которым были пересажены «микробы стройности», хотя это исчислялось долями грамма. Эти изменения очень малы, но со временем это может вылиться в значительную разницу по мнению Гордона. Также он считает, что, возможно, будут выявлены вещества, производимые бактериями и влияющие на распределение жира, и это можно будет применять в лечении ожирения. Бояться, что вы можете случайно подцепить «заразу» от своего толстого приятеля, не стоит. На самом деле легких путей передачи «микробов ожирения» от человека к человеку не существует.

Источник: www.kbo.ru

Шведские ученые доказали, что чем меньше у человека друзей, тем чаще у него возникают проблемы со сном

Человек, имеющий мало друзей, больше подвержен стрессу, а стресс ведет к бессоннице. Кроме того, малое число друзей — само по себе уже стресс. Взаимосвязь между количеством друзей и плохим сном у мужчин и женщин проявляется по-разному. На женщин отсутствие дружеской поддержки влияет сильнее. Однако у мужчин риск возникновения бессонницы утраивается, если нехватка друзей сочетается с неблагоприятной ситуацией на работе. Женщины, которые имеют мало друзей, но открыто выражают свое несогласие во время конфликтов, реже страдают от нарушений сна. Плохой сон считается фактором риска депрессии, тревоги, и сердечно-сосудистых заболеваний.

Источник: www.kleo.ru

ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ СЕКЦИИ «ЧЕЛОВЕК И ИНФЕКЦИЯ» МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ 13.12.2005 г.

Сопредседатель секции: проф. В.Е. Ноников, член-корр. РАМН, проф. Б.П. Богомолов
Оппонент проф. П.А. Воробьев
Секретарь: И.В. Тюрина

«Гепатит: Есть чем лечить, а можно ли излечить?»

Профессор Хазанов А.И. (Институт усовершенствования врачей МО РФ)

Представлена современная классификация хронических гепатитов. Наиболее часто встречаются хронические вирусные гепатиты и алкогольные стеатогепатиты. Ближе к ним примыкают неалкогольные стеатогепатиты. Некоторых врачей больше пугает вирусный гепатит С, но в практической жизни это не очень подтверждается. Так, потери от острого гепатита В в 10 раз больше, чем от вирусного гепатита С, а хронизация процесса в 4 раза чаще встречается при вирусном гепатите С.

Цирроз печени более тяжело протекает при вирусном гепатите В, летальность при них составляет 9–10%, а при циррозах, обусловленных вирусным гепатитом С — 2,5–4%. Прогноз у больных хроническими вирусными гепатитами В хуже, чем при хронических вирусных гепатитах С.

В последнее время в Москве наблюдается увеличение алкогольных гепатитов. На 100 больных гепатитами приходится 55–60 больных алкогольным гепатитом и около 40 больных вирусным гепатитом. Алкогольные циррозы печени увеличились и составляют до 60% среди всех циррозов печени.

Обследование больного следует проводить с учетом того, какую противовирусную терапию мы сможем ему предложить. Следует обратить внимание, что в предоперационной подготовке больного перед курсами химиотерапии необходимо проводить исследования уровня протромбина, холестерина, альбумина в крови, т. к. при отсутствии внешних проявлений может быть скрытая печеночная недостаточность. Важно обращать внимание на наличие телеангиоэктазий кожи — «сосудистых звездочек», свидетельствующих о «молчаливом» течении цирроза печени.

УЗИ печени представляет сравнительно немного констативной диагностической информации: нормальные данные УЗИ не противоречат диагнозу гепатита. Более ценные

Широкое внедрение компьютеров в повседневную жизнь вызвало поток сообщений об их влиянии на здоровье человека — различных функциональных расстройств нервной и сердечно-сосудистой систем, нарушениях течения беременности, дерматитах и др. В 2000 году в США с жалобами на «компьютерный зрительный синдром» обратились почти 60 000 человек, тогда как в 1992 году таких пациентов было примерно 10 000.

Массовое распространение мониторов на жидких кристаллах, заменивших электронно-лучевые трубки, в значительной степени сгладило остроту проблемы. В настоящее время единственным твердо установленным фактом признаются расстройства зрения у пользователей видео-дисплейтерминалов (ВДТ, мониторов) персональных компьютеров (ПК). Они проявляются комплексом функциональных нарушений, составляющих понятие «астенопия»: быстрое утомление зрения при работе вблизи, чувство дискомфорта и тупая болезненность в области верхних половин глазных яблок, переносицы, надбровий, нижней части лба. Расплываются, «затуманиваются» и могут двоиться буквы и строчки, появляются затруднения при переносе фиксации с ближних на дальние и с дальних на ближние объекты, реже — изменяются окраска и размер деталей шрифта, видимых раздельно правым и левым глазом.

Кроме этих типичных астенопических жалоб, возможны слезотечение, покраснение глаз и краев век, зуд, жжение и

ПРОТОКОЛЫ МГНОТ

данные — размеры селезенки и диаметр воротной вены (обязательно в сантиметрах или миллиметрах!, иначе динамическое наблюдение за больным невозможно). Прежде чем сказать, что активного процесса в печени нет, после однократно обнаруженной нормотрансаминаземии необходимо повторить исследование через 2–5 недель.

Показания к противовирусной терапии возникают при вирусной нагрузке 106 копий/мл, но в большинстве случаев эта терапия проводится и с нагрузки 105 копий/мл, а иногда и с вирусной нагрузки 104 копий/мл. Важное значение имеет биопсия печени, индексы Кноделя и фиброза могут играть решающую роль в установлении показаний к противовирусному лечению, особенно у больных с нормальной трансаминаземией и низкой вирусемией.

Лечебный эффект интерферонов связан с противовирусным, иммуностимулирующим, антипролиферативным и противоопухолевым действием. У большинства больных используется традиционный непродолжительный интерферон- α (ИФН- α). Нуклеозиды обладают прямым противовирусным действием. Иммуномодуляторы в большинстве случаев дополняют лечебный эффект интерферонов и нуклеозидов.

На основании литературных данных (2002–05 гг.) следует отметить, что полный стойкий ответ на противовирусное лечение больных хроническими вирусными гепатитами В и С наблюдается у 35–60% больных. У больных хроническими вирусными гепатитами, которым проведен хотя бы один курс полноценного лечения, в дальнейшем отмечается более благоприятный прогноз.

Вопросы к докладчику.

Вопрос П.А. Воробьева: Как Вы относитесь к назначению гепатопротекторов при хронических гепатитах?

Ответ: В моей практике при назначении больным Лив-52 наблюдалось обострение процесса в печени. Карсил зарекомендовал себя как безопасный препарат, но у него невысокая биодоступность. При применении Гептрала у больных с легкой формой алкогольного гепатита отмечался положительный эффект.

Вопрос П.А. Воробьева: Как вы относитесь к вакцинации против гепатита В?

Ответ: У женщин с носительством гепатита В при наличии репликативной формы вероятность заражения ребенка составляет до 90%. У детей, заразившихся от таких матерей в период рождения, крайне неблагоприятный прогноз, поэтому в данном случае очень важно прививать ребенка от гепатита В.

В заключение Богомолов Б.П. поблагодарил докладчика за глубокое сообщение.



«тяжесть» век (хронический блефароконъюнктивит), или, наоборот, ощущение сухости и инородного тела за веками (синдром «офисного глаза», сухой кератоконъюнктивит), а также головокружение, тошнота, напряжение в мышцах шеи и плечевого пояса.

После прекращения работы за монитором эти явления рано или поздно исчезают, однако в дальнейшем у детей, подростков, молодых (до 28–30 лет) пользователей ПК чаще возникает спазм аккомодации (ложная близорукость), а в дальнейшем развивается и быстро прогрессирует истинная приобретенная близорукость. У гиперметропов (дальнозорких) людей старше 35 лет выявлена тенденция к ранней пресбиопии (старческой дальнозоркости, возрастной недостаточности аккомодации), обычно проявляющейся после 40 лет.

Причинами дисплейной астенопии и сопутствующих нарушений — особенности зрительной работы с монитором, ее отличия от работы с бумажными носителями:

- Изображение самосветящееся, а не отраженное;
- Изображение состоит из дискретных точек — пикселей, а не непрерывное;

- Изображение мерцающее (мелькающее), т. е. эти точки зажигаются и гаснут с определенной частотой; чем меньше частота мельканий, тем меньше точность установки (фокусировки) аккомодации;

- Необходимость часто перемещать взор на различные объекты, отличающиеся по освещению и находящиеся на разных расстояниях от

глаз — экран, текст и клавиатуру ПК;

- Возможность маскировки изображения на экране за счет других источников света в помещении (окон, светильников), высокая яркость, пониженная контрастность и неверно подобранные пары цветов фона и текста.

Следует также учитывать, что статичная поза оператора с напряженными мышцами шеи и спины, отсутствие

ОБЩИЙ АНАЛИЗ

Подгорная Н.Н.

КОМПЬЮТЕР И ЗРЕНИЕ

Продолжение на стр. 7

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

СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

1. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА

Категория возрастная: дети, взрослые

Нозологическая форма: Гонококковая инфекция локализованная.

Код по МКБ-10: A54.0, A54.3, A54.5, A 54.6

Фаза: нет

Стадия: нет

Осложнение: без осложнений

Условие оказания: амбулаторно-поликлиническая помощь

Приложение
к приказу Министерства
здравоохранения и социального развития
Российской Федерации
от 28 февраля 2005 г. № 176

1.1. ДИАГНОСТИКА

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
V01.008.01	Прием (осмотр, консультация) врача-дерматовенеролога первичный	1	1
A09.28.033	Микробиологическое исследование отделяемого из уретры	1	1
A11.28.006	Получение уретрального отделяемого	1	1
V03.016.06	Анализ мочи общий	1	1
A09.28.001	Исследование осадка мочи	1	1
A09.20.003	Микробиологическое исследование влагиалищного отделяемого	0,5	1
A09.20.011	Микробиологическое исследование отделяемого из цервикального канала	0,5	1
A11.20.006	Получение влагиалищного мазка	0,5	1
A02.20.001	Осмотр шейки матки в зеркалах	0,5	1
A01.21.003	Пальпация при патологии мужских половых органов	0,5	1
A01.20.003	Пальпация в гинекологии	0,5	1
A11.20.003	Получение цервикального мазка	0,5	1
A26.19.016	Бактериологическое исследование отделяемого слизистой оболочки прямой кишки на гонококк (<i>Nesseria gonorrhoeae</i>)	0,3	1
A09.21.006	Микробиологическое исследование секрета простаты	0,1	1
A11.05.001	Взятие крови из пальца	0,1	1
A03.20.001	Кольпоскопия	0,1	1
A04.20.001	Ультразвуковое исследование простаты	0,1	1
V03.016.02	Общий (клинический) анализ крови	0,1	1
A03.52.001	Ультразвуковое исследование матки и придатков	0,05	1
A09.07.004	Микробиологическое исследование отделяемого из ротоглотки	0,01	1
A04.21.002	Ультразвуковое исследование мошонки (яички, придатки)	0,01	1
A09.28.021	Микробиологическое исследование мочи	0,01	1
A03.20.004	Вагиноскопия	0,01	1
A09.20.012	Микробиологическое исследование секрета больших парауретральных и вестибулярных желез	0,001	1
A09.26.001	Микробиологическое исследование глазных структур и жидкостей	0,001	1
A11.26.009	Получение мазка содержимого конъюнктивальной полости и слезоотводящих путей	0,001	1
A03.19.001	Ректоскопия	0,001	1

2.1. ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА 30 ДНЕЙ

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
V01.008.02	Прием (осмотр, консультация) врача-дерматовенеролога повторный	1	2
V03.016.06	Анализ мочи общий	1	1
A13.30.003	Психологическая адаптация пациента	1	1
A25.31.001	Назначение лекарственной терапии при не уточненных заболеваниях	1	1
A11.02.002	Внутримышечное введение лекарств	1	1
A09.20.011	Микробиологическое исследование отделяемого из цервикального канала	0,5	1
A11.20.003	Получение цервикального мазка	0,5	1
A01.20.003	Пальпация в гинекологии	0,3	2
A01.21.003	Пальпация при патологии мужских половых органов	0,3	2
A02.20.001	Осмотр шейки матки в зеркалах	0,3	1
A26.19.016	Бактериологическое исследование отделяемого слизистой оболочки прямой кишки на гонококк (<i>Nesseria gonorrhoeae</i>)	0,3	1
A04.20.001	Ультразвуковое исследование простаты	0,1	1
A09.28.001	Исследование осадка мочи	0,1	1
A09.21.006	Микробиологическое исследование секрета простаты	0,1	1
A03.52.001	Ультразвуковое исследование матки и придатков	0,01	1
A03.19.001	Ректоскопия	0,01	1
A03.20.001	Кольпоскопия	0,01	1
A04.21.002	Ультразвуковое исследование мошонки (яички, придатки)	0,01	1
A09.07.004	Микробиологическое исследование отделяемого из ротоглотки	0,01	1

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A09.07.005	Исследование отделяемого из полости рта на чувствительность к антибактериальным и противогрибковым средствам	0,001	1
A09.19.011	Исследование отделяемого из прямой кишки на чувствительность к антибактериальным и противогрибковым средствам	0,001	1
A09.20.003	Микробиологическое исследование влагалищного отделяемого	0,001	1
A09.20.013	Исследование отделяемого из влагалища на чувствительность к антибактериальным и противогрибковым средствам	0,001	1
A09.28.033	Микробиологическое исследование отделяемого из уретры	0,001	1
A09.28.034	Исследование отделяемого из уретры на чувствительность к антибактериальным и противогрибковым средствам	0,001	1
A11.20.006	Получение влагалищного мазка	0,001	1
A11.28.006	Получение уретрального отделяемого	0,001	1
A03.20.004	Вагиноскопия	0,001	1
A09.26.001	Микробиологическое исследование глазных структур и жидкостей	0,001	1
A09.20.012	Микробиологическое исследование секрета больших парауретральных и вестибулярных желез	0,001	1

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД**	ЭКД***
Средства для профилактики и лечения инфекций			1		
Антибактериальные средства			1		
		Цефтриаксон	0,7	250 мг	250 мг
		Ципрофлоксацин	0,3	500 мг	500 мг

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

СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ПРЕСБИОПИЕЙ

1. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА

Категория возрастная: взрослые, дети
Нозологическая форма: пресбиопия
Код по МКБ-10: H 52.4
Условие оказания: амбулаторно-поликлиническая помощь

Приложение
 к приказу Министерства
 здравоохранения и социального развития
 Российской Федерации
 от 22 ноября 2004 г. № 249

1.1. ДИАГНОСТИКА

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.26.001	Сбор жалоб и анамнеза при патологии глаз	1	1
A01.26.002	Визуальное исследование при патологии глаз	1	1
A02.26.001	Исследование переднего сегмента глаза методом бокового освещения	1	1
A02.26.002	Исследование сред глаза в проходящем свете	1	1
A02.26.003	Офтальмоскопия	1	1
A02.26.004	Визометрия	1	1
A02.26.013	Определение рефракции с помощью набора пробных линз	1	1
A02.26.014	Скиаскопия	0,2	1
A03.26.007	Рефрактометрия	0,8	1
A02.26.015	Тонометрия глаза	1	1
A02.26.023	Исследование аккомодации	1	1
A03.26.001	Биомикроскопия конъюнктивы с помощью щелевой лампы	0,05	1

2.1. ЛЕЧЕНИЕ

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A02.26.003	Офтальмоскопия	0,5	1
A02.26.004	Визометрия	0,5	1
A02.26.013	Определение рефракции с помощью набора пробных линз	0,5	1
A03.26.001	Биомикроскопия конъюнктивы с помощью щелевой лампы	0,001	1
A23.26.001	Подбор очковой коррекции	1	1

Книги издательства «НЬЮДИАМЕД» можно приобрести в Москве:

- магазин «Дом медицинской книги» — метро «Фрунзенская»;
- магазин «Московский дом книги» — метро «Арбатская»;
- магазин «Книга и здоровье» — метро «Беговая»;
- торговый дом «БИБЛИО-ГЛОБУС» — метро «Лубянка»;
- торговый дом «Молодая гвардия» — метро «Полянка»;
- Дом книги «Фолиант» — шоссе Энтузиастов, д. 60;
- Дом книги в Измайлово — Измайловская пл-дь, 2 стр. 1;
- Книжная ярмарка на Олимпийском проспекте — метро «Проспект мира»;
- Книжная ярмарка на Тульской — метро «Тульская»;
- заказать через электронный магазин медицинской литературы <http://www.zdrav.net>;
- в издательстве по тел. (495) 118-74-74, E-mail: mtpndm@dol.ru

в Регионах РФ:

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

Как получить нашу газету? БЕСПЛАТНО!

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

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

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

Купон высылайте в конверте по адресу:

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

Начало на стр. 4

рационального чередования труда и отдыха и неправильная организация рабочего места при наличии шейного остеохондроза (или другой патологии в шейном отделе позвоночника) может приводить к нарушению вегетативной иннервации и кровообращения в позвоночных, задних мозговых и шпорных артериях, ответственных за трофику в области центров зрительного анализатора в коре затылочных долей мозга. В таких случаях появляются дополнительные симптомы со стороны органа зрения — приступы покраснения, умеренного повышения внутриглазного давления, затуманивания зрения в сочетании с расширением зрачка одного или обоих глаз, ощущения давления за глазным яблоком и «выпирания» глаза из орбиты на фоне головной боли в области затылка (задний шейный симпатический синдром).

Меры профилактики зрительного утомления при работе с компьютером можно условно разделить на гигиенические, эргономические, технологические и офтальмологические.

Гигиенические меры включают рекомендации по размещению дисплея и освещению помещений. Целесообразно размещать экраны перпендикулярно линии расположения неярких (в пределах 300–500 люкс) потолочных люминесцентных светильников и поверхности окон, а на последних установить вертикальные жалюзи. Настольные светильники предпочтительнее оснащать неп пульсирующими источниками света — лампами накаливания (не менее 60 Вт) или галогеновыми с возможностью изменять направление света, защищать глаза от ослепления (абжур, защитная решетка) и регулировать яркость. Дополнительное освещение бумажного текста особенно важно для лиц старше 40 лет, т. к. физиологические возрастные изменения (пожелтение и уплотнение хрусталика, сужение зрачка) сопровождаются снижением зрительной активности и контрастной чувствительности сетчатки. Поверхность стен должна быть матовой. Основной принцип: как можно меньше света должно попадать на экран монитора. Оптимальными парами цветов фона и текста на дисплее считаются так называемые оппозитные цвета: белый—черный, желтый—синий, красный—зеленый.

Эргономические и технологические требования предусматривают необходимость индивидуальной регулировки высоты рабочей мебели (столов, кресел) соответственно росту пользователя ПК, наличие подлокотников у кресла. Расстояние от глаз как до клавиатуры, так и до подставки с бумажным текстом должно быть одинаковым (30–40 см). Экран монитора следует устанавливать перпендикулярно поверхности стола или с небольшим наклоном назад (около 30°) не ближе 50 см (оптимально на расстоянии 60–70 см), а пользователь должен смотреть на дисплей несколько сверху вниз (верхний край экрана на 10° ниже от горизонтальной линии взора, установленного прямо вдаль). Следует выполнить настройку оптимальных параметров яркости свечения, контрастности изображения знаков, соотношения цветов на дисплее.

Исключительно важно соблюдать правильный режим труда и отдыха. Установлено, что при постоянной напряженной работе с ПК пользователь ощущает утомление примерно через 4 часа, однако объективные изменения физиологических показателей выявляются уже после 2 часов такой деятельности. Поэтому минимальное требование для профилактики зрительного утомления у здоровых лиц — после каждых 2 часов непрерывной работы за дисплеем делать 10-ти минутный перерыв. Во время перерыва рекомендуется оставлять рабочее место, делать общую и глазную гимнастику, желательнее самомассаж головы, шеи, мышц плечевого пояса и кистей рук, проветривать комнату или выходить на свежий воздух. Ни в коем случае нельзя использовать перерывы для игр на компьютере или других видов зрительной работы.

Степень зрительного и общего утомления в значительной степени зависит от характера деятельности работающего. Различают 3 основных ее вида:

А. считывание информации с экрана по предварительному запросу

Б. ввод информации, работа с графикой (максимальная нагрузка на орган зрения)

В. творческая работа — диалог с компьютером (наибольшее общее утомление).

В зависимости от вида деятельности, суммарного количества считываемых знаков на экране и общей (в течение 8-часового рабочего дня) продолжительности работы у дисплея вводятся 3 категории тяжести и напряженности работы с компьютером с указанием длительности этой работы (в часах), количества знаков (А — от 20 000 до 60 000, Б — от 15 000 до 40 000) и необходимого времени перерывов в минутах. При наиболее легком режиме работы (I категория), когда работа за монитором носит эпизоди-

ческий характер и её время не превышает 2 часов в день, достаточно трех 10-минутных перерывов, для II категории (до 4 часов) — четыре или пять перерывов по 10–15 мин. (в сумме — 50 мин.). При нагрузке на уровне III категории (до 6 часов) требуются уже 70 мин отдыха, используемых в 6–7 приемов.

Офтальмологические рекомендации предусматривают решение вопроса о возможности допуска к работе с ПК людей с аномалиями оптической системы глаза (близорукость, дальнозоркость, астигматизм, возрастная недостаточность аккомодации — пресбиопия), заболеваниями воспалительной, аллергической или дистрофической природы (конъюнктивиты, кератиты, глаукома и др.), детей и подростков в период формирования фокусирующей способности глаза (рефракции, аккомодации) и т. д. Общим правилом является необходимость предварительного осмотра врача-офтальмолога для всех лиц, поступающих на работу, связанную с использованием ПК (приказ Минздравмедпрома РФ № 90 от 14.03.1996 г.), в последующем осмотры повторяются лишь при выполнении деятельности II и III категории. Однако широкое внедрение компьютеров в повседневную жизнь современного социума предполагает знакомство с этим устройством уже в дошкольном возрасте с последующей возрастающей нагрузкой в школе, средних и высших учебных заведениях, появление новых форм досуга — компьютерные игры, поиск информации и общение в Интернете и др. Поэтому индивидуальные особенности состояния органа зрения, их динамику целесообразно определять у всех пользователей ПК.

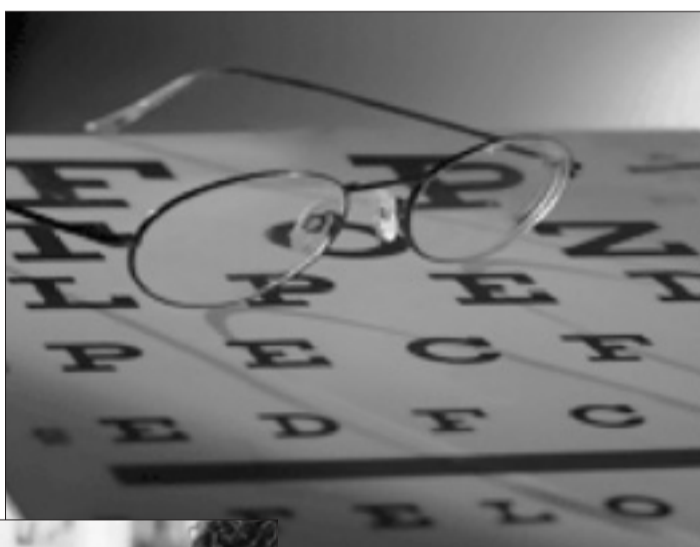
Детям до 3 лет не следует разрешать находиться за экраном компьютера, а с 3 до 7 лет и школьникам младших классов нужно ограничивать это время 15 минутами в день. К 12–13 годам у большинства людей орган зрения заканчивает свое развитие, формируется тот или иной тип рефракции (способность фокусировать изображение на сетчатке). Если отсутствует индивидуальная или семейная предрасположенность к близорукости (миопии), то время работы за монитором можно довести до 1 часа в день, после 19–20 лет — до 3 часов. В эти временные рамки должны укладываться как аудиторные, так и домашние занятия с непременным рациональным чередованием зрительной работы и отдыха от нее.

Работники, использующие ПК в своей профессиональной деятельности в пределах I категории, должны иметь остроту зрения не менее 0,4 (можно с коррекцией) хотя бы на одном глазу или увеличивать размер шрифта. К работам II и III категории не допускаются лица:

- с некомпенсированной и субкомпенсированной глаукомой,
- косоглазием и любыми другими нарушениями бинокулярного зрения (двоение),
- нарушениями цветоощущения по типу протанопии и дейтеранопии (дальтонизм),
- воспалительными и аллергическими заболеваниями век, конъюнктивы, роговицы, сосудистого тракта, сопровождающимися признаками раздражения глаза (слезотечением, светобоязнью, ощущением инородного тела за веками),
- заболеваниями сетчатки и зрительного нерва (воспаления, дистрофии, атрофия).

Для зрительно-напряженных II и III категорий существуют также ограничения по остроте зрения, степени аномалии рефракции и состоянию аккомодации. Так, острота зрения с коррекцией в первом случае не должна быть ниже 0,5/0,2 на обоих глазах, близорукость и дальнозоркость не более 8,0 диоптрий, астигматизм — до 3,0 диоптрий. Для работников III категории существуют более жесткие требования: острота зрения с коррекцией не ниже 0,9/0,6, дальнозоркость до 2,0, близорукость до 5,0, астигматизм не более 1,5 диоптрий. Также обращается внимание на величину объема аккомодации (способности четко видеть на различных расстояниях, особенно вблизи) у лиц до 35 лет: до 20 лет — не менее 5,0 диоптрий, каждые последующие 5 лет на 1,0 диоптрию меньше. Минимально допустимый объем аккомодации у пользователей ПК в возрасте 31–35 лет составляет 2,0 диоптрий.

Важнейшим элементом профилактики зрительного утомления является рациональная коррекция дефектов оптической системы глаза. При подборе очков для работы за монитором соблюдается основной принцип — обеспечить оптимальную остроту зрения и максимальный субъективный комфорт на расстоянии 70 см от глаз. При недостаточности аккомодации назначают бифокальную коррекцию: верхнюю часть очковой линзы подбирают на это расстояние, а нижний сегмент — на расстояние 33 см от глаз или, при возможности, рекомендуют очки с линзами прогрессивного (мультифокального) действия. Носителям контактных линз или переносимым кераторефракционные операции по поводу близорукости при необходимости назначают дополнительные очки с положительными линзами для близи.



ИнтерНьюс

Хороший сон — залог красоты и высокоинтеллекта

Ученые из Принстонского университета в ходе экспериментов на животных доказали, что недосыпание приводит к повышению уровня глюкокортикоидов в крови и нарушению развития нервных клеток в гиппокампе, который участвует в запоминании новой информации. Выводы ученых помогают понять, почему при недосыпании снижаются умственные способности. По итогам эксперимента выяснилось, что в мозгу крыс, лишенных сна на 72 часа, нарушается развитие нервных клеток в области гиппокампа и повышается уровень глюкокортикоидов в крови. Нейрогенез в гиппокампе восстановился лишь спустя 2 недели. Причем на некоторое время образование нервных клеток усилилось. Компенсаторное усиление нейрогенеза не зависело ни от уровня глюкокортикоидов, ни от восстановления нормальной структуры сна. Недостаток сна, по мнению британских ученых, ведет к ожирению, инсулинорезистентности, сахарному диабету и сердечно-сосудистым заболеваниям.

Источник: www.kleo.ru

Чтобы не бояться стоматолога

Поход к стоматологу редкого человека оставит спокойным и равнодушным. Большинство испытывают стресс при мысли о необходимости посещения врача, оттягивая этот момент, чем значительно усугубляют проблему. Американские ученые предложили использовать новый способ снижения симптомов стоматологического стресса. Для этого созданы стоматологические кабинеты, в которых процедура лечения зубов сочетается с массажем, процедурами для кожи, маникюром. Психологи считают, что придание стоматологическому салону нового значения позволит на уровне изменить реакцию пациента. Стресс сопровождается выбросом адреналина, который усиливает частоту сердцебиения, скорость проведения болевых импульсов, продлевает процесс заживления тканей после вмешательства. Положительные эмоции способствуют выработке эндорфинов, приводящих к снижению неблагоприятных последствий стресса в организме. Пока это лишь экспериментальная модель, возможно, в скором времени и нам посчастливится испытать ощущение праздника при походе к дантисту.

Источник: www.medafarm.ru

У женщин эффективность постинсультной реабилитации ниже, чем у мужчин

В рамках исследования «случай-контроль» 440 инсультных больных были разделены на две группы по полу и затем сопоставлены друг другу по тяжести инсульта, возрасту и времени от развития симптомов до госпитализации. Программа реабилитации включала часовые физиотерапевтические сессии два раза в день, 6 дней в неделю, начиная на вторые сутки после поступления. Кроме того, проводилось лечение, направленное на восстановление речи, глотания, перистальтики и функции сфинктеров; при сохранении когнитивных функций назначалась трудотерапия. Оказалось, что после вмешательства мужчины чаще, чем женщины, были в состоянии подниматься по лестнице и выполнять повседневные нагрузки без посторонней помощи: стандартизованные отношения шансов 3,2 и 2,9, соответственно. Напротив, женщины в 1,7 раз чаще были вынуждены пользоваться тростью при ходьбе и в 1,9 раз чаще нуждались в частичной посторонней помощи при выполнении повседневных нагрузок. Д-р С. Паолуцци (Fondazione IRCCS Santa Lucia, Рим, Италия) выдвигает ряд возможных причин данного феномена. Независимо от возраста, у мужчин больше мышечная сила, и они, как правило, более активны, чем женщины. Кроме того, женщины могут быть более склонны просить окружающих о помощи, а мужчины предпочитают скрывать потребность в посторонней поддержке.

Источник: Stroke 2006

ИнтерНьюс

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

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

Источник: Arch. Intern. Med. 2006

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

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

Источник: J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry 2006

Возраст отца, предположительно, играет небольшую роль в этиологии врожденных пороков развития, показали результаты канадского исследования

Доктор Ку Янг проанализировал случаи врожденных пороков развития у 5 213 248 новорожденных детей, родившихся в 1999 и 2000 г. Среди этих детей были зарегистрированы 77 514 врожденных пороков развития (1,5%). Вычисления показали, что вероятность любого врожденного порока развития были увеличены у детей, родившихся от отцов в возрасте 30—35 лет, 40—44 лет, 45—49 лет, и более чем 50 лет, в сравнении с детьми, имеющих 25—29 летних отцов, с отношениями шансов 1,04, 1,08, 1,08, и 1,15, соответственно. Кроме того, более зрелый возраст отца ассоциировался с увеличением риска врожденных пороков сердца, трахеозофагеальной фистулы и атрезии пищевода, других мышечно-скелетных аномалий, синдрома Дауна, и различных хромосомных нарушений. Отмечено, что дети, рожденные от отцов моложе 25 лет, также имели увеличенный риск spina bifida, микроцефалии, омфалоцеле и гастрошизиса и других мышечно-скелетных аномалий. Проведенное исследование обнаружило, что риск врожденных пороков в целом и некоторых отдельных пороков, таких, как ВПС, мышечно-скелетные и покровные аномалии, трахеозофагеальная фистула и атрезия пищевода, синдрома Дауна и других хромосомных аномалий несколько повышается с увеличением возраста отца.

Источник: www.solvey-pharma.ru

КОМПЬЮТЕР НА СТОЛЕ ВРАЧА

Новости Общества специалистов доказательной медицины: недавно в списке рассылки было опубликовано сообщение об Интернет-портале, созданном для информационной поддержки приоритетного национального проекта «Здоровье». В данном письме представлены комментарии проф. Василия Викторовича Власова, директора российского отделения Кокрейновского Сотрудничества. Полностью материал будет опубликован во 2-м номере «Международного журнала медицинской практики» (2007).

«В Интернете появился портал Библиомед, созданный в рамках Приоритетного национального проекта Здоровье (ПНПЗ; <http://www.bibliomed.ru/>).

Создатели его анонимны, но указано, что права принадлежат Минздравсоцразвития. Вероятно, и создается он на средства ПНПЗ. Сайт ориентирован на широкий круг читателей. Цель его объявлена как «просветить, помочь в поиске информации, ответить на вопросы, организовать и структурировать уже имеющиеся массивы знаний». Есть «Новости», «Публикации», предусмотрен обмен мнениями для зарегистрированных пользователей. Впрочем, форум пока мертв и трудно предположить, что он оживет на таком сайте.

Создается сайт с партнерами, среди которых «Русский медицинский журнал», Издательский дом журнала «Здоровье», «Cardiosite», Всероссийский форум «Здоровье нации», Издательство «Литера».

Мы знаем Cardiosite как сайт Общества кардиологов, финансируемый Solvay Pharma, «Русский медицинский журнал» как коммерческий журнал, публикующий преимущественно статьи, поддерживающие рекламу, «Здоровье» как глянцевого журнала для домохозяйек, впаривающий им медицинские товары, издательство «Литера» по его серии «Рациональная фармакотерапия». Плохо знаем Всероссийский форум «Здоровье нации». Его сайт делает «Лига здоровья нации» на средства Федерального агентства по печати и массовым коммуникациям. Соответственно, сайт «форума» (<http://www.znorg.ru/>) отражает содержание сайта «Лиги» (<http://www.ligazn.ru/>). Президент «Лиги» — Лео Бокерия, он же главный ньюсмейкер и председатель правления Фонда (у «Лиги» есть благотворительный фонд, <http://www.blago.info/>).

Примерно так же выглядит и каталог ссылок («Полезное»): из 12 ссылок в нем половина на популярно-коммерческие издания. Или просто на компанию (объединение компаний), торгующую медоборудованием, РУСМЕДИКАЛ Групп (<http://rusmg.ru/php/content.php?id=193>).

А что же библиотека? В ней действительно есть тексты. Правда, немного, большая часть разделов пуста. В разделах библиотеки есть замечательные: наряду с Акушерством, Кардиологией — «Эметология» (кто не знает — «наука о

рвоте»). Преобладают тексты издательства «Гэотар», представленные не всегда в полном виде и ведущие к сайту издательства, точнее, сайту Ассоциации медицинских обществ по качеству, на котором размещена справочная литература Гэотара. Довольно полно представлены издания «Литеръ». Эти руководства по фармакотерапии довольно полны и претендуют на полноту. В них даже есть раздел «Клинические рекомендации». Т. е. как бы читателю предоставляется все-

объемлющее описание действий при определенной клинической ситуации. Действительно, в книгу включены даже выворот матки и повреждение симфиза, хотя фармакотерапия вряд ли может рассматриваться как основное вмешательство.

Рассматриваются и вполне не фармацевтические вмешательства, например, внутриматочная контрацепция. Используются свойственные доказательной медицине «уровни доказательности» рекомендуемых вмешательств. При ближайшем рассмотрении тексты совсем не «доказательные». Например, в рекомендациях по ведению нормальных родов (с. 84-5) обезболивание описано так: «Обезболивающая терапия. С целью обезболивания в первом периоде родов широко используют анальгетики, спазмолитические и спазмоанальгетические средства, а также эпидуральную анестезию (бупивакаин, лидокаин и др.). В конце второго периода родов с целью профилактики кровотечения применяют утеротонические средства (пропись). Как часто, при каких показаниях, всем ли, в какой момент, противопоказания, ожидаемая эффективность — остаются загадкой для читателя. В действительности это — просто описание «обычной практики». Описание «ошибок и необоснованных назначений» начинается с «Чрезмерное применение обезболивающих средств может привести к угнетению дыхания у новорожденного». Содержит книга и просто ошибки, например, среди спазмолитиков и токолитиков приводится сульфат магния, бесполезный в таком качестве, и рекомендуются бета-миметики — потенциально вредные; в качестве кортикостероидов при преждевременных родах упоминается только дексаметазон, и не в разделе «ведение», а в разделе «профилактика»; не упоминается антибиотикотерапия. Заключительный раздел составлен из представленных производителями описаний препаратов. Конечно, такого рода издание не лишено интереса, но его справочная часть не лучше прочих изданий, компилирующих описания препаратов, а руководства по ведению больных имеют сомнительное качество.

Итак, мы получили еще один «портал», на котором на средства ПНПЗ размещены издания, подготовленные на средства ПНПЗ, иные бюджетные средства, а также подготовленные в средства индустрии и потому отражающие ее интересы. Собственно, в сети много таких продуктов, но обидно, когда они создаются на народные деньги.

В. Власов

Антиреклама

говорят. Но мелом объедаются при дефиците железа, тогда как к мясу при этом — полное отвращение. Так что про «знание» организмом — блеф.

Обратите внимание, что самая «доходчивая» реклама основана на отрицательных эмоциях — она вызывает страх, тревогу, иногда отвращение. Эти эмоции хорошо запоминаются, остаются в подсознании, и человек тянется к спасительному средству. Между прочим, хорошее лекарство

Друзья, обострение любви к биодобавкам наступило. Бабки вернулись с грядки, и на них выливают ушаты рекламы. Мы-то подумали, что закон, изменивший с июля правила рекламы, стал действовать, а это просто летом бизнесмены-на-крови отдыхали, по всяким там Мальтам и Майоркам водоросли для нас, грешных собирали. Теперь, упаковав их в красивые коробочки с внушительными ценниками, запустили свои программы обольщения снова.

Как-то прошло незамеченным судебное дело про «тайские таблетки», содержащих психоактивные вещества, от которых умирали «пациенты». В процессе старались доказать, что распространители знали про смертельную опасность этих таблеток, но не предупреждали людей. Те отпирались — они, мол, верили в чудо. Судя по тому, как разом исчез интерес прессы к этому суду, распространители оказались не мошенниками, а святыми.

Казалось, и Эхо Москвы стало менее агрессивным и более интеллигентным. Несколько раз разговаривал с сотрудниками Эха, рассказывал про нашу рубрику «Эхо Москвы к позорному столбу», вздыхали они обреченно, что мол, дело это не их, зарабатывать ведь нужно. Но Эхо существует на деньги Газпрома, может быть, бывший врач г-н Сенкевич-младший, отвечающий там за масс-медиа, подкинет Эху денег, да и заткнет этот зловонный фонтан? В прямом смысле слова — понюхайте ламинарию, которую продают пенсионерам в баночках за 6—10 тысяч рублей. Или какие-то порошки с бором — и как без него жили до сих пор — не ясно. Опять же йодные всякие таблетки, оказывается, йодированной соли мало. А как потом будут мучиться дамы с гипотиреозом? Или замечательное средство «от суставов», в котором «следы» каких-то загадочных антител. И ведь помогает. Как мел, его долгое время считали даже полезным. «Организм требует, организм знает, что ему нужно», так обычно

Успокаиваться рано

П.А. Воробьев



всегда невкусное, часто — вонючее, и, главное, всегда дорогое. Эксплуатируя эти элементы, торгаши и продают свои чудо-средства.

И еще. Многие газеты теперь пишут про БАДы отрицательные статьи, поддерживая наши устремления в очищении земли русской от всякой нечисти. Но, как издевательство, ВСЕГДА на той же странице присутствует 1—2 рекламы этих самых БАДов. Корреспонденты не виноваты, понятно, но редакторы и верстальщики делают это специально? Видимо.

ПИСЬМА



Здравствуйтесь!

Ваш «Вестник» Московского городского научного общества терапевтов публикует замечательные статьи о научной честности и доказательной медицине, за что стоит только горячо поблагодарить. Что меня крайне удивила публикация в номере 11 (28) на последней странице сайентологического бреда про психиатрию («Психиатрическое рабство»). Даже если это коммерческий текст (т. е. оплаченный заказчиком), то мне совершенно непонятно, как столь уважаемое издание позволяет появляться на своих страницах таким откровенно нездоровым и лживым публикациям? Сайентологи — одни из самых рьяных противников науки вообще, а в особенности они ненавидят психологию и психиатрию, поскольку основатель этого «учения» был явно далеким от психического здоровья.

Волков Е.Н.

Недавно один именитый академик-психиатр, к которому я испытываю истинное уважение, подошел, и сказал, что в нашем «Вестнике» опубликована ругательная статья про психиатрию. Я было подумал, что речь идет о статье про Нюрнбергский процесс, предложил письменно ответить. Но академик не снизошел до такого пустяка. И вот, видимо, нас одергивают от имени психологов и психиатров страны. Не то, оказывается мы опубликовали.

Опубликованная статья называлась «Психиатрическое рабство: история убийств добралась до российских школьников» и речь шла в ней о проблеме навязывания непоседливым детям психиатрических диагнозов (синдром дефицита внимания и гиперактивность) и применения у них психоактивных лекарств. В статье утверждалось, что в мире около 17 млн. детей принимают психотропные вещества, в России таких детей — потенциальных пациентов — 10%. Статья написана хлестко, но проблема эта действительно стоит остро — детям навязывают лечение явно в нарушение законодательства о психиатрической помощи, без их согласия! И подписана эта работа была «Международная Гражданская комиссия по правам человека». Вроде — все в ажуре.

Даже если этот текст написан саентологами, то информация в нем верна или нет? Уважаемый оппонент Евгений Волков на таком пустяке не останавливается: если написано неправильными людьми, то и написана неправда. Вынуждены напомнить, что гораздо интереснее и важнее брани в адрес газеты был бы разговор по существу. Не любы нам саентологи, мы про них и не писали, они нам и не платили, и даже если бы платили — мы их пропаганду не пустим на страницы. Но если написана правда — почему ее не опубликовать. Даже, если она кому-то не нравится.

Гл. редактор П. Воробьев

Сопредседатели секции:

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

Программа заседания:

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

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

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

Сопредседатели секции:

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

Программа заседания:

1. Круглый стол
2. Обсуждения
3. Доклад спонсоров

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

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

Сопредседатели секции:

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

Программа заседания:

1. Круглый стол
2. Обсуждения
3. Доклад спонсоров

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

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

Медицинские книги издательства «НЬЮДИАМЕД»

<p>ПРОТОКОЛ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ БОЛЕЗНЬ ПАРКИНСОНА. 2006 г., 184 стр., м.о.</p> <p>Под ред. Новиковой В.Ф., Воробьева П.А. ТОЛКОВЫЙ АНГЛО-РУССКИЙ СЛОВАРЬ терминов, используемых в гематологии и иммунологии. 2006 г., 154 с., м.о.</p> <p>ПРОТОКОЛ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ГЕМОФИЛИЯ 2006 г., 120 с., м.о.</p> <p>Под ред. Воробьева П.А. СПРАВОЧНИК ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ФОРМАЛЬНОГО КОМПЛЕТА. 2 издание 2006 г., 668 с., т.п.</p> <p>Под ред. Воробьева П.А. СПРАВОЧНИК ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ФОРМАЛЬНОГО КОМПЛЕТА. 2 издание 2006 г., CD</p> <p>Андреев Ю.И. МНОГОУБЫВКА ГЕМОФИЛИИ. 2006 г., 232 с., т.п.</p> <p>Под ред. Воробьева А.И. ОБЗОРЫ ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ ТРАНСФУЗИОЛОГИИ. 2006 г., 632 с., т.п.</p> <p>Горюхова С.Г. СУТОЧНОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ. ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ. 2006 г., 51 с., м.о.</p> <p>Голыш Е.Е., Голыш Г.Е. ГИПЕРТЕНЗИОННАЯ БОЛЕЗНЬ И АССОЦИИРОВАННЫЕ БОЛЕЗНИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ: основы патогенеза, диагностика и выбор лечения. 2006 г., 254 с., т.п.</p> <p>Под ред. Воробьева П.А. ГЕРАТРИЯ В ЛЕКЦИЯХ ТОМ 2 том 1, 2002 г., 440 с., т.п. том 2, 2005 г., 470 с., т.п.</p> <p>ПРОТОКОЛ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ «ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ» 2005 г., 76 с., м.о.</p> <p>Под ред. А.И. Воробьева РУКОВОДСТВО ПО ГЕМАТОЛОГИИ. 3-е изд., в 3-х томах, том 3, 2005 г., 416 с.н., т.п. том 2, 2003 г., 280 с., т.п. том 1, 2002 г., 280 с., т.п.</p> <p>Под ред. П.А. Воробьева КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ. (ОЦЕНКА, ВЫБОР МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ И УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ). 2004 г., 404 с., т.п.</p>	<p>П.А. Воробьев АКТУАЛЬНЫЙ ГЕМОСТАЗ. 2004 г., 140 с., т.п.</p> <p>Под ред. П.А. Воробьева СБОРНИК ПРАВОВЫХ И НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ ТРАНСФУЗИОЛОГИИ. 2004 г., 540 с., т.п.</p> <p>В.В. Цурко ОСТЕОАРТРОЗ: ПРОБЛЕМА ГЕРАТРИИ. 2004 г., 136 с., т.п.</p> <p>СТАНДАРТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ. 2004-2006 г. CD</p> <p>НОМЕНКЛАТУРА РАБОТ И УСЛУГ В ЗДРАВООХРАЩЕНИИ. 2004 г. CD</p> <p>ПРОТОКОЛ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГочНОЙ АРТЕРИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИХ И НЕХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ. 2004 г., 64 с., м.о.</p> <p>П.А. Бубнова-Рыбикова ГЛАВЫ ИЗ СЕМЕЙНОГО РОМАНА. 2003 г., 228 с., т.п.</p> <p>СБОРНИК ДОКУМЕНТОВ СИСТЕМЫ СТАНДАРТИЗАЦИИ В ЗДРАВООХРАЩЕНИИ. 2003 г. CD</p> <p>П.А. Воробьев АНЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ. 2003 г., 168 с., т.п.</p> <p>Под ред. П.А. Воробьева ЛАБОРАТОРНАЯ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА. СПУТНИК ИНТЕРНИСТА. 2001 г., 288 с., т.п., м.о.</p> <p>Е.В. Петровский ГЕРОИЗМ, ДРАМАТИЗМ И ОПТИМИЗМ МЕДИЦИНЫ. 2001 г., 200 с., т.п.</p> <p>Под ред. П.А. Воробьева ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ (ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ). 2000 г., 80 с., м.о.</p> <p>Под ред. Л.М. Горюховского ИЗБРАННЫЕ ГЛАВЫ ГЕРАТРИЧЕСКОЙ ЭТОЛОГИИ. 2000 г., 362 с., т.п.</p> <p>А.И. Воробьев, Г.И. Косирский, В.А. Насонова И.А. КАСИРСКИЙ И ВРЕМЯ. ВОСПОМИНАНИЯ УЧЕНИКОВ И ДРУЗЕЙ. 1998 г., 156 с., м.о.</p> <p>А.И. Воробьев, П.А. Воробьев ДО И ПОСЛЕ ЧЕРНОБЫЛЯ. ПОСЛЕДЫ ВРАЧА. 1996 г., 180 с., м.о.</p>
---	---

Приглашение

«Воспаление легких»

6 марта 2007 года
Начало в 17.00
Вход по приглашениям

ЧЕЛОВЕК И ИНФЕКЦИЯ

Приглашение

«Артериями управлять научились. А венами?»

22 февраля 2007 года
Начало в 17.00
Вход по приглашениям

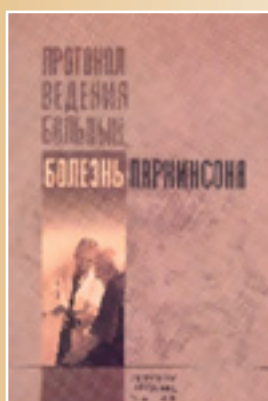
КАРДИОЛОГИЧЕСКАЯ СЕКЦИЯ

Приглашение

«Женщина. Дела сердечные»

15 марта 2007 года
Начало в 17.00
Вход по приглашениям

КАРДИОЛОГИЧЕСКАЯ СЕКЦИЯ



ВНИМАНИЕ!
ДЛЯ НЕВРОПАТОЛОГОВ, ПСИХИАТРОВ, ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ,
ТЕРАПЕВТОВ, А ТАКЖЕ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ!
ВЫШЛА В СВЕТ НОВАЯ КНИГА!

ПРОТОКОЛ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ БОЛЕЗНЬ ПАРКИНСОНА

Утверждено
Заместителем Министра здравоохранения
и социального развития Российской Федерации
В.И. Стародубовым 14 января 2005 г.

Издательство НЬЮДИАМЕД
2006 г.

Болезнь Паркинсона — одно из наиболее распространенных неврологических заболеваний, клиническая картина которого складывается в основном из двигательных, вегетативных, сенсорных и психических нарушений, нарушений сна и бодрствования. Своевременная диагностика и правильно подобранное лечение, как правило, сохраняет на долгие годы профессиональную и бытовую активность пациента.

Утвержденный Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации, **протокол ведения больных «Болезнь Паркинсона»** (далее Протокол) содержит четко регламентированную информацию о диагностике и лечении данного заболевания. Использование в Протоколе медицинских технологий обосновано результатами качественных клинических исследований в соответствии с требованиями доказательной медицины.

Протокол создавался с участием ведущих специалистов ведущих научно-исследовательских центров страны и проходил апробацию в условиях практического здравоохранения.

Использование Протокола в практической работе, научных и учебных программах, деятельности организаторов здравоохранения позволит принимать рациональные клинические и организационные решения, избежать использования неэффективных медицинских технологий и как результат — обеспечить качество медицинской помощи.

Протокол ведения больных «Болезнь Паркинсона» — основа для внедрения современных методов диагностики и лечения в практику здравоохранения и создания системы управления качеством медицинской организации.

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

Подробности на сайтах www.zdrav.net и www.zdravkniga.net

Расписание заседаний секций МГНОТ на 2007 год

Совместные заседания Кардиологической и Ангиологической секций

№ п/п	Дата	Тема
1.	1 февраля	Загадочный синдром Х.
3.	22 февраля	Управлять артериями научились. А венами?
4.	15 марта	Женщина. Дела сердечные.
5.	12 апреля	Головная боль.
6.	24 мая	Ревматизм. Мы победили?
7.	13 сентября	Эндокринопатии и сердце.
8.	18 октября	Сосудистые гипертонии. Все можно поправить.
9.	15 ноября	Кардиалгии.
10.	6 декабря	Прединсультное состояние.

Заседания секции «Человек и инфекция»

№ п/п	Дата	Тема
2.	6 февраля	Многоликий гепатит.
1.	6 марта	Воспаление легких.
2.	3 апреля	Инфекции подстерегают нас в Москве и Подмосковье.
3.	2 октября	Недержание мочи и мочеполая инфекция.
4.	30 октября	Инфекция у иммунодепрессированного больного.
5.	20 ноября	Лимфоаденопатии — трудный диагноз.

Информационное письмо

Уважаемые коллеги!

Курс стандартизации в здравоохранении при кафедре гематологии и гериатрии ФППОВ 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:

- Медицина, основанная на доказательствах и клинико-экономический анализ в управлении качеством медицинской помощи (13.03—09.04.2007 г.; 10.04—10.05.2007 г.).
- Стандартизация в управлении качеством медицинской помощи (10.05—06.06.2007).

Основные вопросы, рассматриваемые на курсе:

- Система управления качеством в здравоохранении;
 - Система стандартизации в РФ, законодательство РФ по стандартизации;
 - Протоколы ведения больных;
 - Организация и принципы лицензирования медицинской деятельности и подготовки медицинского учреждения к получению лицензии;
 - Формирование новой системы аккредитации медицинских учреждений;
 - Стандартизация в сфере лекарственного обращения;
 - Клинико-экономический (фармакоэкономический) анализ медицинских технологий, медицина доказательств, основы формулярной системы.
- 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 на договорной основе. По окончании цикла выдается свидетельство установленного образца.

Обращаться по тел./факс 246-01-19
Тюрина Ирина Вячеславовна, Нерсисян Мадлена Юрьевна
E-mail: balch@dol.ru

Информационное письмо

I Всероссийская конференция

Проблемы женского здоровья и пути их решения

Москва, 8—9 февраля 2007 года

Российская академия государственной службы при Президенте РФ (РАГС)
(Москва, проспект Вернадского, 84)

Организаторы конференции:

- Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации
- Московское научное общество по проблемам женского здоровья
- Всероссийское научное общество кардиологов
- Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Росздрава

Темы для обсуждения:

- организация медицинской помощи женщинам во время беременности, родов (Национальный проект «Здоровье» — родовой сертификат);
- профилактика, диагностика, особенности течения и лекарственная терапия заболеваний сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, пищеварения, почек, психической сферы, эндокринных заболеваний и т. д.;
- профилактика и лечение онкологических заболеваний;
- особенности ведения девочек-подростков, женщин в период беременности и перименопаузы;
- актуальные вопросы охраны репродуктивного здоровья женщин;
- новые лекарственные средства и технологии;
- особенности применения хирургических методов лечения у женщин.

Регистрация

Для предварительной регистрации необходимо выслать в адрес оргкомитета копию квитанции или платежного поручения (организационный взнос не включает стоимость опубликования тезисов) — до 20 декабря 2006 года — 1000 рублей, с 20 декабря 1200 рублей. Все суммы включают НДС

ВНИМАНИЕ! Почтовые денежные переводы в качестве оплаты не принимаются!

Адрес оргкомитета: 127473, Москва, ул. Достоевского 31/33, корпус А, 7 этаж
Контактный телефон: (499) 972-9612 e-mail: piz2007@gzrf.ru Официальный сайт: <http://www.fzrf.ru>

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

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

РЕДАКЦИЯ: Главный редактор П.А. Воробьев

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

Редакционный совет: А.И. Воробьев (председатель редакционного совета), В.Н. Ардашев, А.С. Белевский, Ю.Н. Беленков, Ю.Б. Белоусов, Б.П. Богомолов, И.Н. Бокарев, В.И. Бурцев, Е.Ю. Васильева, В.А. Галин, М.Г. Глезер, Е.Е. Годин, А.П. Голиков, Д.И. Губкина, Н.Г. Гусева, Л.И. Егорова, В.М. Емельяненко, Р.М. Заславская, Г.Г. Иванов, В.Т. Ивашкин, А.В. Калинин, А.В. Каляев, С.В. Карпова, М.И. Кежнер, А.И. Кириченко, Ф.И. Комаров, Б.М. Корнев, Л.Б. Лазебник, В.И. Мяслобин, И.В. Мартынов, А.С. Мелентьев, А.А. Михайлов, В.С. Моисеев, В.Е. Ночин, Н.А. Мухин, Е.Л. Насонов, В.А. Насонова, В.Г. Новоженов, Л.И. Ольбинская, Н.Р. Палева, М.А. Пальев, В.А. Парфенов, А.В. Погожева, А.В. Покровский, В.И. Покровский, Н.П. Потехин, А.Л. Раков, М.П. Савченко, В.Г. Савченко, [В.В. Серов], В.Б. Симоненко, А.И. Синопальников, В.С. Смоленский, Г.И. Сторожак, А.Л. Сыркин, В.П. Тюрин, А.И. Хазанов, Е.И. Чазов, А.Г. Чучалин, Л.В. Циганова, В.В. Цурко, Т.В. Шишкова, Н.А. Шостак, А.В. Шектор, Н.Д. Ющук, В.Б. Яковлев

Газета распространяется среди членов Московского городского научного общества терапевтов бесплатно

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

Телефон (499) 782-3109, e-mail: mtpndm@dol.ru www.zdrav.net
Отдел рекламы (495) 729-97-38

При перепечатке материала ссылка на Вестник МГНОТ обязательна.

За рекламную информацию редакция ответственности не несет.