



ВЕСТНИК МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО

МОСКОВСКИЙ ДОКТОР

Июль 2007

№ 13 (54)

НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ

ПРОТОКОЛ ОТЧЕТНО-ПЕРЕВЫБОРНОГО ПЛЕНАРНОГО ЗАСЕДАНИЯ МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ.

Москва, Моховая,
25 апреля 2007

Председатель заседания Акад. РАМН, проф. Н.А. Мухин
Секретарь к. м. н. Кочина Е.Н.

Повестка дня: Отчет Правления и Ревизионной комиссии Московского городского научного общества терапевтов за период 2005–2007 годов. Прения. Выборы нового состава Правления МГНОТ и Ревизионной комиссии, Выборы Председателя МГНОТ на следующий срок.

1. По первому вопросу выступил Председатель Правления МГНОТ академик РАМН и РАН, проф. А.И. Воробьев. Он представил отчет о работе Правления МГНОТ за 2 года: 13 апреля 2005 года было выбрано Правление МГНОТ в количестве 63 человек, тогда же был выбран Председатель, Заместители Председателя, Секретариат. За отчетный период наше общество потеряло двух активных членов: почетного члена общества член-корр. РАМН З.С. Баркагана и члена Правления В.В. Серова. Прошу почтить их память минутой молчания.

За отчетный период на пленарных заседаниях заслушан 41 доклад, 6 клинических демонстраций. Проведено 186 секционных заседаний, 212 докладов. Был проведен круглый стол совместно с Московским обществом патологоанатомов по проблеме сепсиса. Я задерживаюсь на этом заседании потому, что оно было очень полезным. На нем возникли, хотя и в дружеской форме, но довольно серьезные расхождения во взглядах на проблему заражения крови. У нас не полная ясность, да и во всем мире не полная ясность по нозологической разграниченности заболевания. МКБ-10 — патологоанатомы говорят об этой классификации. Но у нас в стране в клинике не принято

ее использовать — она необходима для учета, это статистически-учетная группировка болезней. И в ней на первых страницах написано, чтобы мы не дай Бог не путали эту статистическую классификацию с нозологической. В качестве примера: в этой классификации, чтобы учесть весь объем информации в мире, где люди пользуются разными названиями одних и тех же болезней, допустим, диффузная В-клеточная саркома упомянута в 9 номинациях. Это в статистической классификации, а в нозологической — одна. Как быть? Да никак не быть. Это не нужно сопоставлять! Одно другому не может быть противопоставлено или мешать. То, что мы расходимся в прочтении болезней с патологоанатомами, свидетельствует о том, что наши контакты выражены не лучшим образом. Мы договорились, что нужно проводить повторные совместные заседания для того, чтобы язык был общий.

Сегодня из-за общей ситуации в здравоохранении патологоанатомы находятся в гораздо более скверном положении, нежели терапевты. Надо помнить, что терапевты давно уже разделились — у нас в Обществе 19 секций: один называется гастроэнтеролог, другой — пульмонолог, третий — кардиолог. А патологоанатом — один на все случаи жизни. Не дай Бог, вы займетесь онкологией — вы узнаете, что такое со-

временный патологоанатом. Тот, который занимается раком, ничего не понимает в онкогематологии, а приглашать его на вскрытие по поводу ревматизма — просто смешно. Не знаю, но такова реальность нашей жизни и надо помочь патологоанатомам — с ними нужно заседать чаще.

У нас было мало дискуссий, дискуссий на заседаниях и дискуссий на научных постановках вопросов. Из недостатков, их полно, конечно, стоит отметить, что прошло несколько заседаний,



на которых докладчики показывали слайды на английском языке, с авторами данных слайдов разнокалиберного иностранного происхождения.

Дело не в квасном патриотизме. Я только хочу напомнить, что это МОСКОВСКОЕ ГОРОДСКОЕ НАУЧНОЕ общество терапевтов! Я это Общество знаю так давно, что даже неприлично говорить. И всегда был порядок: вы выступаете на научном обществе — будьте добры, со своими данными. Выступать с литературными данными... Ну как выступать с литературными данными, не пропущенными через себя! Ведь полно нозологических форм, которые часты в одной стране и достаточно редки в другой — в этом нет ничего удивительного. Они могут быть обусловлены этическими, климатическими различиями и т. д. но научное общество должно слушать научные, а не реферативные доклады. Когда вы докладываете литературные данные — дискуссия невозможна. Что, я буду спорить с отсутствующим автором? Когда вы свое докладываете — это уже со-

вершенно другой разговор. И в этой связи хотелось бы напомнить: здесь присутствуют председатели ученых советов, научные руководители. Должен быть восстановлен старый порядок — вы не имели права выпускать диссертацию, не пропустив ее через общество. Потому что и публичность важна, и умение выступить. И очень важно оригинальность своей работы «прощупать» на мнении слушателей широкого профиля. Особенно это касается докторских диссертаций.

Еще одно предложение — и мы его обсуждали — по инициативе В.Х. Василенко была создана секция «Теория и история медицины». Это довольно любопытное словосочетание, оно таит в себе много интересного. Ничего из того, что было открыто сегодня, не возникло на пустом месте. Но умение забыть предков, из которых мы выросли, оно довольно часто присутствует. И должны проходить заседания по истории. Я хорошо помню, как в этой аудитории мы проводили заседания, посвященные А.Н. Крюкову — основателю советской гематологии, И.М. Сеченову — гениальному физиологу, который, как всякий гений, широк в своем наследии. И вряд ли современная физиология, а

уж конечно, электрокардиография может обойтись без И.М. Сеченова. Его гениальная фраза «сухая жила тока не дает» меня не оставляет в покое всю жизнь. Эти заседания нужно повторять. И не просто повторять — растет исторический багаж, его надо помнить.

Как-то спросил аудиторию: «Записки юного врача» кто-нибудь читал — и по лицам было понятно, ответ не нужен. Булгаков — он гениален, у нас таких гениев не много. Он был, как и всякий гений, нищим, даже слегка голодал. Однако его рассказы!... Может быть, «Записки врача» Вересаева — более обстоятельная, широкая литература, но она не так очерчена в клиническом и ме-

дицинском плане, это не умаляет ее достоинства, но у Булгакова один этот «поворот на ножку» чего стоит! Это должно быть в нас. Сейчас напомнили, что было постановление об установке в Москве памятника И.И. Мечникову.

У нас не было заседания, посвященного грандиозной фигуре — Зинаиде Виссарионовне Ермольевой, без которой наша медицина — так, полумедицина. Это ведь, извините, пенициллин! В 43-м году — это не игрушки, вторые в мире — сразу за Флемингом. О ней написана книга В.А. Каверина. Но книга — книгой, это литература. Она жена его родного брата. Кто она? Что она? Я ее хорошо знал — она дружила с моим учителем И.А. Кассирским — и должен вам сказать, что Зинаида Виссарионовна — поразительный человек! Если ты не знаешь, чем лечить — можно позвонить ей среди ночи — скажет.

Подходя к концу своего доклада, должен сказать, что наше Общество — старейшее медицинское общество в стране, что оно теперь выпускает свою газету — «Московский доктор» — проф. П.А. Воробьев ее редактор. Это издание распространяется бесплатно, пользуется вполне заслуженной хорошей репутацией. Вышло уже полсотни номеров, 5 тысяч подписчиков. Общество заседает, хотелось бы, чтобы оно было еще более популярным, и мы готовы к любым критическим замечаниям и предложениям и рады служить своему народу.

По поводу Ревизионной комиссии: председатель Ревизионной комиссии проф. В.В. Цурко не смог сегодня присутствовать, по семейным обстоятельствам, но представил письменный отчет по ревизии финансов. С финансами все благополучно, никаких проблем в последние годы нет, зарплата выплачивается вовремя и в полном объеме. Было время, совсем недавно, когда мы едва сводили концы с концами. За последние годы, благодаря стабильному поступлению средств от спонсоров, мы не изменили размер членского взноса. Финансовая помощь оказывается фармацевтическими фирмами, секциями ангиологии, кардиологии и «Человек и инфекция».

Спасибо за внимание!

Подходя к концу своего доклада, должен сказать, что наше Общество — старейшее медицинское общество в стране, что оно теперь выпускает свою газету — «Московский доктор». Это издание распространяется бесплатно, пользуется вполне заслуженной хорошей репутацией.

Подходя к концу своего доклада, должен сказать, что наше Общество — старейшее медицинское общество в стране, что оно теперь выпускает свою газету — «Московский доктор». Это издание распространяется бесплатно, пользуется вполне заслуженной хорошей репутацией.

Подходя к концу своего доклада, должен сказать, что наше Общество — старейшее медицинское общество в стране, что оно теперь выпускает свою газету — «Московский доктор». Это издание распространяется бесплатно, пользуется вполне заслуженной хорошей репутацией.

Подходя к концу своего доклада, должен сказать, что наше Общество — старейшее медицинское общество в стране, что оно теперь выпускает свою газету — «Московский доктор». Это издание распространяется бесплатно, пользуется вполне заслуженной хорошей репутацией.

ПРЯМАЯ РЕЧЬ

...вряд ли современная физиология, а уж конечно, электрокардиография может обойтись без И.М. Сеченова. Его гениальная фраза: «сухая жила тока не дает», меня не оставляет в покое всю жизнь.

Как-то спросил аудиторию: «Записки юного врача» кто-нибудь читал — и по лицам было понятно, ответ не нужен. Булгаков — он гениален, у нас таких гениев не много. Он был, как и всякий гений, нищим, даже слегка голодал. Однако его рассказы!...

Сейчас напомнили, что было постановление об установке в Москве памятнику И.И. Мечникову.

У нас не полная ясность, да и во всем мире не полная ясность по нозологической разграниченности заболевания.

Из недостатков, ... стоит отметить, что прошло несколько заседаний, на которых докладчики показывали слайды на английском языке, с авторами данных слайдов разнокалиберного иностранного происхождения. Дело не в квасном патриотизме.

Должен быть восстановлен старый порядок — вы не имели права выпускать диссертацию, не пропустив ее через общество. Потому что и публичность важна, и умение выступить. И очень важно оригинальность своей работы «прощупать» на мнении слушателей широкого профиля. Особенно это касается докторских диссертаций.

ИнтерНьюс

В 2003 году впервые отмечено снижение частоты рака молочной железы

Эксперты спорят, объясняется ли это снижением числа маммографий при скрининге или снижением уровня использования заместительной гормонотерапии. Целью данного исследования было разграничить влияние скрининга и приема гормонов на частоту рака молочной железы в различных возрастных группах и гистологическую картину рака молочной железы при сравнении двух европейских популяций, у которых уровень проведения маммографического скрининга высокий, а частота приема гормонов — различная. Анализировались случаи рака молочной железы по данным Женевского Регистра Рака (4909 женщин) и Голландского Регистра Рака (152 428 женщин) за период с 1989 по 2003 гг. Проводилось сравнение частоты рака в различных возрастных группах с учетом гистологических подтипов. В период с 1989 по 1991 гг. частота рака молочной железы возрастала с возрастом в обеих популяциях. В 2001—2003 гг. по данным Женевского Регистра частота рака была наибольшей у женщин в возрасте 60—64 лет, а по данным Голландского Регистра частота возрастала с возрастом. Ежегодный прирост частоты протокового рака был аналогичным в Голландии (2,3%) и Женеве (2,5%), а прирост частоты долькового рака в Женеве был выше (10% и 5% соответственно). Различия частоты рака молочной железы по возрастным группам и гистологическим подтипам, продемонстрированные в двух европейских популяциях, не были связаны с особенностями скрининга. Гормоны широко применяются в Женеве, в Голландии — намного реже, что, возможно, и может служить объяснением разницы частоты рака. Однако в данном процессе могут играть роль и другие этиологические факторы, как и тонкие различия в гистологической картине.

Источник:
Климакс.ру

У офисных крыс — синдром больных зданий

Несколько десятилетий назад всевозможные организации здравоохранения все-таки занялись изучением условий труда офисных сотрудников и выявлением того, как они влияют на здоровье тех, кого принято еще называть «офисными крысами». В ходе исследований был установлен так называемый «синдром больных зданий», который в результате диагностировали у множества конторских работников. Виновником заболевания посчитали недостатки вентиляционной системы в офисах. Но не только плохая вентиляция превращает старательных трудящихся в чихающих меланхоликов с больной головой. Огромную роль в этом играют также и нездоровая атмосфера в самом коллективе, и чрезмерные нагрузки, которые ослабляют организм офисных страдальцев и обезоруживают их перед армией микробов и бактерий. Ученые провели ряд исследований в зданиях, в которых вентиляционные системы функционировали должным образом и были оснащены специальными приспособлениями для обеззараживания воздуха. Выяснилось, что в них люди, несмотря ни на что, страдали от основных симптомов «синдрома больных зданий». Пытаясь найти ключ к этой проблеме, исследователи установили, что причиной тому стрессы, в том числе вызванные нежеланием руководства идти навстречу трудящимся. Выяснилось, чтобы избежать подверженности синдрому, оказалось достаточно предоставить работникам право самостоятельно контролировать уровень света и кондиционирования в офисе.

Источник:
www.zrpress.ru

СВЕТСКАЯ ХРОНИКА

6—8 мая в г. Астане состоялся III конгресс Евро-Азиатского Респираторного Общества, в работе которого приняли участие ведущие ученые и представители Национальных респираторных обществ стран СНГ, Европы, специалисты Всемирной Организации Здравоохранения. Мероприятие собрало участников из 10 стран мира, присутствовало более 700 человек. Внушительная делегация представляла Россию.

Евроазиатский конгресс пульмонологов



Заболевания легких — большая проблема для Казахстана из-за распространенности факторов риска: обилие пыли, как следствие пылевых бурь в районах пустынь и полупустынь, степи, так и угольная пыль у горняков, задымление от металлургических заводов в Темиртау, многокилометровые шлейфы дыма в Балхаше и в Экибастузе, использование в сельской местности для обогрева домов органического топлива. Высок процент курящих среди жителей страны. Кроме того, резко континентальный климат создает условия для развития пневмоний, а скученность приезжих рабочих на стройках, например, в Астане, способствует появлению флоры, характерной для внутрибольничных инфекций.

Именно поэтому заболевания бронхолегочной природы вышли на 1-е место среди всех заболеваний в Казахстане, именно поэтому такой большой интерес к проблеме со стороны терапевтов. К сожалению, пульмонологическая служба как таковая только сейчас начинает возрождаться в Казахстане. Появляются современные лекарственные средства, мощные антибиотики, организуются астма-школы и школы больных с ХОБЛ. Происходящие в республике ре-

формы здравоохранения, связанные с развитием института врачей общей практики, передачи (пока в виде эксперимента в некоторых областях) им фондодержания, разделение заработной платы на 2 части — стабильной и мотивационной, связанной с объемом и качеством медицинской помощи, введение системы индикаторов качества и оценки с их помощью деятельности врача должны способствовать быстрому развитию современной высокоэффективной пульмонологической помощи.

Б.А. Айнабекова (Астана)

Следует отметить выход на Казахстанский рынок российских фирм производителей дженериков, в частности, известной в своей стране компании Пульмомед. В настоящее время ее препараты, не уступающие по эффективности терапевтическим аналогам западных компаний, делают лечение более доступным для больных. По-прежнему сложным остается положение с постоянной оксигенотерапией, получившей широкое распространение на Западе, но крайне медленно внедряющейся в наших странах. Государство не берет на себя оплату этих приборов для лечения на дому, а «курсовое» лечение в стационаре, хоть и приносит пациентам облегчение, не меняет существенно их судьбы.

Не все в порядке и с применением антибактериальной терапии: врачами зачастую используются весьма странные схемы лечения, дополнительно включаются препараты, не обладающие достаточными доказательствами эффективности — муколитики, дезинтоксикационная терапия.

В рамках конгресса состоялось первое рабочее совещание Казахстанского общества фармакоэкономических исследований, на котором выступили представители России и Казахстана. Интерес к этой работе проявили и киргизские коллеги. На совещании обсуждались методологические аспекты проведения исследований, их роль в принятии решения по рациональной фармакотерапии. Было принято решение провести в г. Астане конференцию 19—20 ноября 2007 г. По предложению Президента Российского общества фармакоэкономических исследований (МОООФИ-RSPOR) проф. П.А. Воробьева было решено обсудить создание Евразийского фармакоэкономического консорциума, включая в него коллег из Белоруссии, Киргизии, Украины и других русскоговорящих стран. Клинико-экономические исследования являются актуальными не только для пульмонологии, но и для других медицинских дисциплин и очень востребованы в системах здравоохранения развивающихся стран.

Начало на стр. 1 ↗

Прения:

Проф. Яковлев В.Б.: Поддержал позицию А.И. Воробьева о необходимости представления докладов с собственными данными, а не литературными обзорами. Также было высказано предложение об увеличении доли выступлений с докладами, затрагивающими проблемы теоретической медицины, медицинской этики. Предложил включать клинические презентации в повестку каждого заседания секций МГНОТ. Правлению необходимо рассмотреть возможность реализации идеи проф. П.А. Воробьева об учреждении медали имени выдающегося отечественного терапевта Д.Д. Плетнева.

Отчет о работе Правления Московского городского научного общества терапевтов за период с 13 апреля 2005 г. по 25 апреля 2007 г.

Настоящее Правление МГНОТ избрано 13 апреля 2005 года в количестве **63 человек**.

В Почетные члены МГНОТ избран: чл.-корр. РАМН, проф. Баркаган Зиновий Соломонович.

В новый состав Правления были избраны: Ардашев В.Н., Белевский А.С., Беленков Ю.Н., Белоусов Ю.Б., Богомолов Б.П., Бокарев И.Н., Бурцев В.И., Васильева Е.Ю., Воробьев А.И., Воробьев П.А., Галкин В.А., Глезер М.Г., Годин Е.Е., Голиков А.П., Губкина Д.И., Гусева Н.Г., Дворецкий Л.И., Егорова Л.И., Емельяненко В.М., Заславская Р.М., Иванов Г.Г., Ивашкин В.Т., Калинин А.В., Каляев А.В., Ключев В.М., Комаров Ф.И., Корнев Б.М., Кочина Е.Н., Лазебник Л.Б., Маколкин В.И., Мартынов И.В., Милентьев А.С., Михайлов А.А., Моисеев В.С., Мухин Н.А., Насонов Е.Л., Насонова В.А., Ноников В.Е., Ольбинская Л.И., Палеев Н.Р., Пальцев М.А., Погожева А.В., Покровский А.В., Покровский В.И., Положенкова Л.А., Потехин Н.П., Раков А.Л., Савченко В.Г., Серов В.В., Симоненко В.Б., Синопальников А.И., Смоленский В.С., Строжаков Г.И., Сыркин А.Л., Тюрин В.П., Хазанов А.И., Чазов Е.И., Чучалин А.Г., Шишкова Т.В., Шостак Н.А., Шпектор А.В., Юшук Н.Д., Яковлев В.Б.

В состав Ревизионной комиссии избраны: Карпова С.В., Новоженев В.Г., Цыганова Л.В., Цурко В.В.

Общим собранием членов МГНОТ **Председателем Правления** единогласно избран академик **Воробьев Андрей Иванович**.

Заместители Председателя: академик РАМН Насонова Валентина Александровна, академик РАМН Мухин Николай Алексеевич, член-корр. РАМН Маколкин Владимир Иванович, проф. Раков Анатолий Леонидович и председатели секций МГНОТ: член-корр. РАН, академик РАМН Беленков Юрий Никитович, проф. Сандриков Валерий Алек-

сандрович, проф. Глезер Мария Генриховна (кардиологическая секция), академик РАМН Голиков Алексей Петрович (секция неотложной терапии), академик РАМН Ивашкин Владимир Трофимович (секция гастроэнтерологии, проктологии и эндоскопии), академик РАМН Мухин Николай Алексеевич (секция нефрологии и иммунопатологии); академик РАМН Покровский Анатолий Владимирович (ангиологическая секция), академик РАМН Чучалин Александр Григорьевич (секция пульмонологии), член-корр. РАМН Белоусов Юрий Борисович (секция клинической фармакологии), член-корр. РАМН Богомолов Борис Павлович, Ноников Владимир Евгеньевич (секция «Человек и инфекция»), член-корр. РАЕН Гусева Наталья Гавриловна (секция ревматологии), член-корр. РАМН Савченко Валерий Григорьевич (секция гематологии и переливания крови); профессора: Заславская Рина Михайловна (секция клинической геронтологии и гериатрии), Иванов Геннадий Георгиевич (секция электрокардиографии и других инструментальных методов исследования сердечно-сосудистой системы), Корнев Борис Максевич (секция профилактической медицины и профессиональных болезней), Погожева Алла Владимировна (секция лечебного питания), Раков Анатолий Леонидович (секция теории и истории медицины).

Секретариат МГНОТ: к. м. н. Губкина Диана Иосифовна, Карпова Светлана Викторовна, к. м. н. Цыганова Лидия Васильевна, к. м. н. Кочина Елена Николаевна — ответственный секретарь МГНОТ.

Заместитель Председателя по финансовым вопросам — к. м. н. Положенкова Людмила Алексеевна.

Председатель Ревизионной комиссии проф. Цурко Владимир Викторович.

За отчетный период общество терапевтов понесло тяжелую утрату: **скончались** почетный член МГНОТ член-корр. РАМН Баркаган Зиновий Соломонович, член Правления МГНОТ академик РАМН Серов Виктор Викторович.

Заседания Правления проводились ежемесячно (кроме двух летних месяцев), всего состоялось 19 заседаний Правления МГНОТ, на которых рассматривались и принимались решения по следующим вопросам: распределение функциональных обязанностей между членами Правления, утверждение состава Бюро секций МГНОТ, обсуждение повесток пленарных заседаний, планов и отчетов МГНОТ и его секций, состояние финансов, текущих дел. Большое внимание уделялось подготовке пленарных заседаний общества, которые, как правило, носили проблемный характер.

За отчетный период на 30 пленарных заседаниях МГНОТ заслушано 41 научный доклад, 6 клинических демонстраций.

За отчетный период проведено 186 секционных заседаний, на которых заслушано 213 докладов, представлено 23 клинические демонстрации, 13 научно-практических конференций.

Продолжение на стр. 3 ↗

Начало на стр. 1. 2 ↻

Всего в системе МГНОТ проведено 216 пленарных и секционных заседаний, на которых заслушано 254 доклада, представлено 29 клинических демонстраций, 13 научно-практических конференций (секции неотложной терапии, нефрологии и иммунопатологии, гастроэнтерологии, гематологии и переливания крови, клинической фармакологии). В рамках «Круглого стола» проведено пленарное заседание совместно с Московским обществом патологоанатомов «Проблема сепсиса» и секционное заседание (секция гематологии и переливания крови) «Лимфоопролиферативные заболевания: диагностика и лечение».

По своей тематике пленарные заседания были посвящены актуальным вопросам внутренней медицины. Основное внимание было уделено диагностике и лечению заболеваний сердечно-сосудистой системы — 16 докладов. Проблемам пульмонологии — 6 докладов, гастроэнтерологии — 3, нефрологии — 1 доклад, патоморфологии — 5 докладов, гематологии — 2 доклада, ревматологии — 1 доклад, вирусной инфекции — 1 доклад.

Проблема сепсиса рассматривалась на заседании «Круглого стола» совместно с Московским обществом патологоанатомов. Были заслушаны доклады, касающиеся современных представлений об иммунологических механизмах сепсиса (проф. Макарова О.В.); Сепсис. Септицемия. Септический шок. Патогенетическая терапия (д. м. н. Галстян Г.М., проф. Васильев С.А., к. б. н. Берковский А.Л., член-корр. РАМН Городецкой В.М.). Сепсис у инфекционных больных (член-корр. РАМН Богомолов Б.П.); Сепсис с позиций патологоанатома (проф. Пархоменко Ю.Г.); Требования к формулировке патолого-анатомического диагноза (проф. Зайратьянц О.В.).

Анализ летальных исходов за последнее десятилетие в Москве был представлен в докладе проф. О.В. Зайратьянца.

Проблемам инфаркта миокарда и стенокардии были посвящены доклады: проф. Р.М. Заславской с соавторами «Сравнительная эффективность антиоксидантов различных фармакологических групп у больных с постинфарктным кардиосклерозом с сердечной недостаточностью»; к. м. н. Скрыпника с соавторами «Диастолическая дисфункция при остром инфаркте миокарда»; проф. М.Я. Руды «Восстановление коронарного кровотока — основа лечения инфаркта миокарда»; проф. А.Л. Сыркина «Нестабильная стенокардия: критерии, дифференциальный диагноз, терапия».

Проблема тромбоза был посвящен доклад проф. А.В. Шпектора, проф. Е.Ю. Васильевой «Тромбоз и воспаление в кардиологии».

Проблема нарушений сердечного ритма был посвящен доклад д. м. н. Н.А. Новикова «Особенности течения и терапии аритмий сердца у женщин».

Проблемам гипертонии были посвящены доклады проф. В.Н. Ардашева «Артериальная гипертензия — синдром и болезнь»; академика Е.И. Чазова «Проблемы борьбы с артериальной гипертензией»; проф. Ж.Д. Кобалавы с соавторами «Алкогольная гипертензия и факторы риска в Российской популяции: уровень и стиль потребления алкоголя, полиморфизм алкогольметаболизирующих ферментов».

Проблемам инсульта был посвящен доклад академика РАМН А.В. Покровского «Можно ли предотвратить инсульт?».

В докладе проф. В.М. Емельяненко с соавторами «Мигрень» был отражен взгляд терапевта и хирурга на данную патологию.

Академик РАМН А.П. Голиков представил доклад «Лечение и профилактика неотложных состояний при сердечно-сосудистых заболеваниях».

Проблемы нефрологии и сердечно-сосудистых заболеваний были отражены в докладе проф. Н.А. Томиловой «Хроническая болезнь почек и сердечно-сосудистые заболевания».

Современным технологиям в системе организации неотложной специализированной помощи кардиологическим больным был посвящен доклад академика РАЕН проф. В.М. Ключева.

Проблемы ревматологии были отражены в докладах член-корр. РАМН В.В. Симоненко с соавторами «Соединительно-тканые дисплазии: от пролапса митрального клапана до синдрома Морфана» и проф. С.Л. Дземешкевича «Клапанные пороки сердца: особенности современной диагностики и возможности хирургического лечения».

Проблемам пульмонологии были посвящены доклады проф. В.Е. Ноникова «Рациональная фармакотерапия пульмонологических больных» и «Диагностика и лечение пневмоний у лиц пожилого и старческого возраста»; проф. А.И. Синопальникова «Антибактериальная терапия при обострении ХОБЛ: «За» и «Против»; А.Г. Романовских «Сравнительная эффективность и безопасность левофлоксацина и кларитромицина у больных с осложненным обострением ХОБЛ»; к. м. н. А.Д. Пальмана «Синдром обструктивного апноэ во сне в клинике внутренних болезней».

Проблемам гастроэнтерологии были посвящены доклады проф. П.С. Ветшева с соавторами «Желчно-каменная болезнь: кого и как оперировать?»; к. м. н. Л.И. Буторовой «Рациональная фармакотерапия хронического запора у лиц пожилого возраста»; проф. П.П. Огурцова с соавторами «Алкогольная болезнь печени и генетический полиморфизм алкогольметаболизирующих ферментов».

Проблемам гематологии были посвящены доклады к. м. н. Н.В. Цветаевой с соавторами «Проблемы диагностики и лечения анемий»; член-корр. РАМН В.Г. Савченко «Классическая и молекулярная гематология: успехи в лечении разных опухолей системы крови».

Проблема диагностики и лечения гиперкоагуляционного синдрома в клинике внутренних болезней был посвящен доклад академика А.И. Воробьева.

Проблема вирусных инфекций был посвящен доклад академика РАМН В.И. Покровского «Лечение гриппа и ОРВИ».

В отчетном периоде 5 пленарных заседаний общества были посвящены памятным и историческим датам: традиционные ежегодные «Боткинские чтения», на которых заслушаны доклады проф. А.А. Ширяева «Хирургические аспекты коронарной патологии»; проф. А.Л. Ракова «Изменились ли наши представления о патогенезе и клинической картине тяжелой пневмонии со времен С.П. Боткина?».

Заседание, посвященное 110-летию со дня рождения академика АМН СССР Е.Н. Тареева, на котором был заслушан доклад академика РАМН Н.А. Мухина «Клиническая казуистика — школа совершенствования клинического мышления и лечебной тактики».

Выездное заседание, посвященное 100-летию юбилею М.И. Теодори, на котором были заслушаны доклады проф. А.И. Хазанова «Мильтиад Иванович Теодори и школа терапевтов Главного военного клинического госпиталя им Н.Н. Бурденко»; академика РАЕН В.М. Ключева с соавторами «Неотложная специализированная помощь и современные медицинские технологии в многопрофильном лечебном учреждении».

Заседание, посвященное Дню защитника Отечества, на котором были заслушаны доклады академика РАЕН В.М. Ключева с соавторами «Высокотехнологичные виды медицинской помощи в ГВКГ им. акад. Н.Н. Бурденко»; проф. В.Н. Ардашева с соавторами «Электрокардиостимуляция у больных с терминальной стадией хронической сердечной недостаточности».

В отчетном периоде работали 15 секций МГНОТ:
1. Секция теории и истории клинической медицины (председатель проф. Раков А.Л.).

Секция проводила работу в рамках пленарных заседаний общества. В отчетном периоде проведено 5 пленарных заседаний общества, которые были посвящены памятным и историческим датам, о которых было сказано выше.

2. Секция нефрологии и иммунопатологии (председатель академик РАМН Мухин Н.А.).

За отчетный период проведено 15 заседаний, на которых заслушано 20 докладов, 15 клинических разборов. Регулярно проводились ответы на вопросы практических врачей. Основная тематика заседаний — вопросы диагностики, клиники и лечения болезней почек, а также теоретические аспекты нефрологии. Проблемам этиологии, патогенеза, механизмов прогрессирования нефропатии, клиническим аспектам и лечению болезней почек, в том числе гломерулонефритов, системных и обменных заболеваний было посвящено большинство сообщений. Часть заседаний была посвящена актуальным проблемам сердечно-сосудистых осложнений у больных хроническими прогрессирующими нефропатиями, кардиоренальным взаимоотношениям. Обсуждались нефрологические аспекты мочекаменной болезни, проблемы инфекции мочевых путей в детском возрасте. Отдельное заседание освещало нефрологические аспекты в гематологической практике. Большой интерес практических врачей вызвало заседание, посвященное проблеме тяжелых легочных инфекций у пациентов, получающих массивную иммуносупрессивную терапию, в частности, у пациентов почечного трансплантата (вопросы современной диагностики и лечения вирусных и бактериальных инфекций, профилактики и лечения туберкулеза).

На совместных заседаниях с секцией профилактической медицины обсуждены проблемы современного образа жизни и факторов риска поражения почек, освещены подходы к профилактике.

Силами членов секции нефрологии и иммунопатологии совместно с секцией профилактической медицины и клиникой нефрологии, внутренних и профессиональных болезней им. Е.М. Тареева ежегодно проводится конференция молодых ученых «Эстафета поколений».

3. Секция профилактической медицины и профессиональных болезней (председатель проф. Корнев Б. М.)

За отчетный период проведено 12 заседаний, на которых заслушано 14 докладов, проведено 6 клинических разборов. Заседания секции проводятся в утвержденном ранее формате, концепцией которого является соединение популяционной профилактики профессиональной патологии и эпидемики значимых неинфекционных болезней, в первую очередь сердечной сосудистой патологии. Важным ориентиром выбора тематики являются материалы ежегодных конгрессов «Профессия и здоровье». В отчетный период, наряду с кардиальной патологией, исходя из возрастающей роли и распространенности обменной и почечной патологии в обсуждение включаются кардиоренальные и обменные проблемы, в том числе обусловленные образом жизни, характером питания, экологией. По-прежнему важное место принадлежит демонстрации клинических наблюдений разнообразных форм легочной патологии, являющихся иллюстрацией к последующему докладу и одним из аспектов привлечения практических врачей в работу секции.

Регулярно проводились ответы на вопросы практических врачей. Осуществлялись 4 совместные заседания с секцией нефрологии и иммунопатологии МГНОТ, 2 — с кафедрой терапии и профболезней в рамках годичной конференции кафедры «Тареевские чтения» и «Эстафета поколений», где были обсуждены проблемы современного образа жизни и производственных и экологических факторов риска поражения почек, освещены подходы к профилактике с участием ВНИЦ ПМ. Большой интерес практических врачей вызвало заседание, посвященное проблеме тяжелых легочных диссеминированных процессов у пациентов (вопросы современной диагностики и лечения вирусных и бактериальных инфекций, профилактики и лечения туберкулеза).

На заседаниях регулярно присутствовали 15—20 человек. Секция работает в тесном контакте с кафедрами внутренних и профессиональных болезней, секцией нефрологии и иммунопатологии.

4. Секция ревматологии (председатель чл.-корр. РАЕН, проф. Гусева Н.Г.)

За отчетный период проведено 17 заседаний секции, на которых заслушано 25 докладов, представлено 4 клинических демонстрации. Тематика докладов содержала различные аспекты диагностики, клиники и лечения ревматологических заболеваний (ревматоидный артрит, реактивные артриты, остеоартроз и остепороз, системные заболевания соединительной ткани: системная красная волчанка, системная склеродермия, синдром Рейно, узловатая эритема), так и редко встречающихся заболеваний (синдром Вислера—Фанкони и синдром Стилла) Обсуждались новые методы лечения ревматических заболеваний, включая антицитокинотерапию и др. Проводились совместные заседания ревматологической секции со специалистами хирургии-ортопедами, педиатрами, эндокринологами. Отдельное заседание было посвящено итогам Конгресса Европейской лиги ревматологов с выделением некоторых актуальных и перспективных аспектов и проблем в ревматологии.

Посещаемость заседаний оставалась высокой.
5. Секция неотложной терапии (председатель академик РАМН Голиков А.П.)

За отчетный период проведено 14 заседаний, сделано 20 докладов. Тематическое заседание по проблеме лечения и профилактике гипертонических кризов проводилось совместно с городской научно-практической конференцией: «Лечение и профилактика гипертонических кризов».

Доклады были посвящены вопросам метаболической терапии в неотложной кардиологии, новому направлению в терапии сердечно-сосудистых заболеваний — цитопротекторам; внутриклеточной инфекции при артериальной гипертензии; современным методам лечения острого панкреатита; лечению и профилактике неотложных состояний при сердечно-сосудистых заболеваниях; современным методом лечения острого коронарного синдрома на догоспитальном и госпитальном этапах у лиц пожилого возраста; новым возможностям лечения и профилактики кризового течения гипертонической болезни; тромбоэмболии легочной артерии: диагностике, лечению и профилактике в условиях многопрофильного стационара; метаболической терапии в неотложной кардиологии; путям снижения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в Российской Федерации.

В заседаниях принимали участие от 50 до 100 членов московского научного терапевтического общества и приглашенных врачей скорой медицинской помощи.

6. Секция ЭКГ и др. инструментальных методов исследования сердечно-сосудистой системы (председатель проф. Иванов Г.Г.)

Проведено 8 заседаний секции, на которых заслушано 8 докладов по актуальным вопросам методов электрокардиографической и ЭХО-КГ диагностики, применению таких новых методов диагностики сердечно-сосудистой системы, как дисперсионное картирование ЭКГ сигнала, мультичастотный полисегментный анализ тяжести нарушений водного баланса сердечной недостаточности. Демонстрация клинических наблюдений с анализом особенностей и трудностей интерпретации данных инструментальных методов исследования сердечно-сосудистой системы. До и после заседаний проводились консультации клинических случаев со сложными ЭКГ-изменениями, а также консультации для врачей по интересующим их вопросам. Были рассмотрены следующие темы: использование ЭКГ показателей реполяризации для диагностики гипертрофии левого желудочка у пациентов с артериальной гипертензией; окислительная устойчивость плазмы и электрофизиологическое моделирование миокарда у больных ИБС; метод дисперсионного картирования ЭКГ сигнала в диагностике поражения миокарда; структура сердечного ритма при использовании анализа RR- и PP-интервалов; особенности ЭКГ диагностики у больных с артериальной гипертензией; проблемы диагностики и лечения больных синдромом WPW; дискуссионные вопросы классификации и диагностики синдрома слабости синусового узла. Большое внимание придавалось практическим аспектам клинико-функциональной диагностики при использовании традиционных методов, а также новых разрабатываемых методов и технологий

Продолжение на стр. 4 ↻

Начало на стр. 1, 2, 3 ↗

функциональной практики. Выполнялась работа по организации в г. Москве VIII Всероссийской научно-практической конференции «Технологии функциональной диагностики в современной клинической практике».

На заседаниях присутствовало от 15 до 30 врачей, в основном, г. Москвы, и слушатели циклов.

7. Секция гастроэнтерологии, проктологии и эндоскопии (председатель академик РАМН Ивашкин В.Т.)

Гастроэнтерологическая секция МГНОТ за отчетный период утратила в мероприятиях Российской гастроэнтерологической ассоциации, Российского общества по изучению печени, Национальной школы гастроэнтерологов, гепатологов. Всего за 2005—2006 гг. проведено 16 совместных заседаний. В 2005 г.: X Гепатологическая конференция, XXVII и XXVIII сессии национальной школы гастроэнтерологов, гепатологов, день Российской гастроэнтерологической ассоциации на Конгрессе «Человек и лекарство», XI Российская Гастроэнтерология. В 2006 г. прошли: День Российской гастроэнтерологической ассоциации на Конгрессе «Человек и лекарство», а также очередные V и VI Интернет-сессии. В Интернет-сессиях принимают участие до 10 000 врачей из сотен городов России, ближнего и дальнего зарубежья. Лекции и сообщения сопровождаются видеодемонстрациями эндоскопических вмешательств в режиме реального времени. Была проведена очередная XI Гепатологическая конференция. Прошли XXIX и XXX сессии Национальной школы гастроэнтерологов, гепатологов, а также цикл «Учим учителей гастроэнтерологии», который был посвящен методологическим аспектам образовательной деятельности в гастроэнтерологии. Двенадцатая Российская Гастроэнтерологическая Неделя, которая прошла 16—18 октября 2006 г., собрала более 3500 участников из республик, областей и краев России и зарубежных стран, посетивших заседания, на которых было сделано 277 докладов по актуальным вопросам современной гастроэнтерологии. Примерами широкого освещения проблем гастроэнтерологии и смежных дисциплин служат названия симпозиумов: «Инфекция в гастроэнтерологии», «Польза и риск в практике гастроэнтеролога». «Отвечая на современные вызовы в лечении кислотозависимых заболеваний», «Инновационные технологии в парэнтеральном и энтеральном питании», «Генетическая модификация: продукты питания, микроорганизмы. Опасны или нет? Новые предположения и доказательства», «Пробиотики, пребиотики и синбиотики в гастроэнтерологии», «Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь в практике гастроэнтеролога и терапевта», «Заболевания поджелудочной железы. Место ферментной терапии», «Функциональные заболевания кишечника», «Лучевая диагностика в гастроэнтерологии», «Настоящее и будущее противовирусной терапии хронических вирусных гепатитов», «Внепеченочная портальная гипертензия у взрослых», «Новые технологии в гастроэнтерологии», «Синдром раздраженной кишки — взгляд «за» и «против», «Исследования моторной функции желудочно-кишечного тракта — клинической практики», «Загадки гастроудуоденальных язв, или как заживают язвы», «Диагностическое и клиническое значение метаболических эффектов кишечной микрофлоры».

8. Секция лечебного питания (председатель проф. Погожева А.В.)

За отчетный период проведено 13 заседаний секции, на которых сделано 13 докладов. Тематика заслушанных сообщений была связана с актуальными клиническими и экономическими вопросами диетологической помощи в РФ: применение энтерального питания при ожирении; применение энтерального питания в диетотерапии сердечно-сосудистых заболеваний; применение антиоксидантов при гипертонической болезни; изучение пищевого статуса и воздействие на него фактора питания; оптимизация диетотерапии больных сахарным диабетом 2 типа и др.

Большое внимание уделялось освещению вопросов практической диетологии, связанных с выходом приказа № 330 МЗ РФ. На заседаниях обычно присутствовало не менее 20 человек.

9. Секция гематологии и переливания крови (председатель член-корр. РАМН Савченко В.Г.)

Проведено 16 заседаний, на которых заслушано 23 доклада, представлено 8 клинических демонстраций. Научная повестка включала тематические заседания, посвященные актуальным вопросам гематологии, лекции ведущих специалистов, научно-практические доклады, клинические демонстрации и разборы сложных клинических случаев. Ряд заседаний прошел в рамках двух Международных Школ гематологов «Лейкозы. Терапия и фундаментальные исследования», двух научно-практических конференций, в т. ч. посвященной 80-летию ГНЦ РАМН: «Новое в гематологии и трансфузиологии», Круглого стола: «Лимфопролиферативные заболевания: диагностика и лечение». Тематика научных докладов касалась: особенностей гемотрансфузионной терапии в педиатрической практике; материалов международных конференций, состоявшихся весной—летом 2005, 2006; ингибитора к VIII фактору свертывания крови («женская гемофилия», 10 лет наблюдения); моноклональных гаммапатий: иммунохимической диагностики и клинических проявлений синдрома белковой патологии; В-клеточного хронического лимфолейкоза: сопоставления клинических

вариантов с генетическими и молекулярными данными; множественной миеломы: бортезомиб — 2 года в практике московских гематологов. Посещаемость заседаний оставалась высокой: присутствовали 100—120 человек.

10. Секция клинической фармакологии (председатель член-корр. РАМН Белоусов Ю.Б.)

Проведено 15 заседаний, на которых заслушано 15 докладов; 4 конференции и 8 лекций. Тематика заседаний была посвящена следующим темам: «От чего зависит выбор бета-адреноблокаторов при лечении сердечной недостаточности?», «Новые рекомендации по лечению пациентов с острой сердечной недостаточностью», «Рациональная вторичная профилактика ишемического инсульта с точки зрения доказательной медицины», «Как выбрать антигипертензивную терапию у пациентов с артериальной гипертензией и сопутствующей патологией?», «Перспективные направления лечения остеоартроза», «Лечение и профилактика остеопороза с позиций доказательной медицины», «Современный подход к комбинированной терапии сахарного диабета 2 типа», «Возможность предупреждения сердечно-сосудистых катастроф: данные доказательной медицины и клинической практики», «От чего зависит выбор антиангинальной терапии», «Дисменорея (этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение)», «Гормональноиндуцированные флебопатии. Основные принципы лекарственной терапии», «Особенности применения лекарственных препаратов у женщин. Вопросы безопасности терапии», «Пациент с высоким сердечно-сосудистым риском. Общие принципы первичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний», «Как уберечь больного от повторного инфаркта и инсульта (вторичная профилактика)».

На заседаниях присутствовали 50—70 врачей терапевтов, кардиологов, эндокринологов, невропатологов в основном амбулаторно-поликлинического звена, а также ординаторы и интерны.

11. Секция пульмонологии (председатель академик РАМН Чучалин А.Г.)

Секция отчет не представила.

12. Секция клинической геронтологии и гериатрии (председатель проф. Заславская Р.М.)

Проведено 18 заседаний, на которых заслушано 18 докладов. Тематика докладов касалась сравнительной эффективности традиционной и хронотерапии Моно Маком пожилых больных с болевой и безболевой ишемией миокарда на фоне сахарного диабета 2 типа; кальциноза устья аорты (болезнь Менкебергера); показаний и противопоказаний к коронарографии у лиц пожилого возраста; сравнительной характеристики эффективности ингибиторов АПФ и блокаторов ангиотензиновых рецепторов у больных пожилого возраста; диагностических микрочипов на основе онкомаркеров; изолированной систолической гипертонии и ее лечения у пожилых больных; коррекции клинико-функциональных нарушений у больных стабильной стенокардией и артериальной гипертензией монотерапией мелатонином; побочного действия лекарств у лиц пожилого возраста; тромболитизиса у пожилых больных; фармакотерапии артрозов у пожилых больных и др.

На заседаниях присутствовали от 50 до 60 врачей больницы № 60, госпиталя им. Н.Н. Бурденко, Мандрыки, врачи поликлиник и сотрудники кафедры реабилитационной хирургии РМАПО РФ.

13. Ангиологическая секция (сопредседатели: академик РАМН Покровский А.В., проф. Кириченко А.А., Парфенов В.А.)

Проведено 12 заседаний, на которых заслушано 12 докладов. Проблематика заседаний касалась следующих тем: «Диабетическая ретинопатия — лечит хирург или терапевт? А может быть, вместе?», «Тромбоэмболия. Протокол ведения пациента», «Гиперкоагуляционный синдром», «Атеротромбоз. Причина или результат?», «Аневризма — когда оперируем?», «Ваш коронарный большой прооперирован — что дальше?», «Дисфункция эндотелия. Что можно противопоставить?», «Переменная хромота: ограничения для хирургии — перспективы для терапии», «Успехи эндоваскулярной хирургии и консервативного лечения» и др.

Отмечалась высокая посещаемость заседаний: за отчетный период в заседаниях приняли участие 524 человека. Сложилась традиция интерактивных опросов по обсуждаемым проблемам, респондентами в которых выступают участники заседаний.

14. Кардиологическая секция (сопредседатели секции: академик РАМН Беленков Ю.Н., проф. Сандриков В.А., проф. Глезер М.Г.)

Проведено 12 заседаний, на которых заслушано 12 докладов. Участники заседаний — врачи городских и ведомственных больниц, клиник НИИ, городских поликлиник, медико-санитарных частей, консультативно-диагностических центров, военных госпиталей, санаториев, а также других медицинских организаций. Основная часть участников заседаний — жители Москвы и Московской области. Около 20% участников заседаний — жители различных регионов РФ и стран СНГ. Тематика заседаний касалась проблем лечения артериальной гипертензии, инсульта, инфаркта миокарда, интенсивной терапии при нарушениях ритма, лечения сердечной недостаточности, хронического легочного сердца и др.

Посещаемость заседаний оставалась высокой: в заседаниях приняли участие 591 человек, в среднем присутствовали на одном заседании 100—120 человек.

15. Секция «Человек и инфекция» (сопредседатели секции: член-корр. РАМН Богомолов Б.П., профессор Нонинов В.Е.)

За отчетный период проведено 15 заседаний, на которых сделано 15 докладов, Проблематика заседаний касалась следующих тем: «Чья инфекция мочеполовой системы — уролога, нефролога или терапевта?», «Диарейный синдром — инфекция или результат неправильного лечения?», «Что такое лихорадка неясного генеза: диагноз или его отсутствие», «Биотерроризм — возможные инфекции и токсины», «Хламидиоз — мифы и реальность», «Гепатит: есть чем лечить, а можно ли излечить?», «Антибиотики и ХОБЛ в терапевтической практике: необходимость или традиции прошлого?», «Инфекционная природа поражения желудка — мифы и реальность» и др.

Посещаемость заседаний оставалась высокой: в заседаниях приняли участие 476 человек, на одном заседании присутствовали от 80 до 164 человек.

Таким образом, за отчетный период проведено 186 секционных заседаний, на которых заслушано 213 докладов, представлено 23 клинических демонстрации, 13 научно-практических конференций.

На 1 января 2007 г. членами общества являются 632 человека, плательщиками членских взносов 329 человек.

В 2005—2007 гг. в общество вступили 22 человека; в 2007 г. — 10 человек.

Повестки общества рассылаются по адресам 326 медицинских учреждений г. Москвы.

Приходно-денежные документы хранятся в надлежащем порядке.

Годовой членский взнос остается в размере 50 рублей, активизируется работа по приему новых членов МГНОТ.

Материалы настоящего отчета свидетельствуют о том, что, несмотря на сложную ситуацию, в г. Москве продолжает активно работать Московское городское научное общество терапевтов — старейшее общество России, которое в 2005 г. отметило свое 130-летие с момента своего основания. Общество проводит большую работу по распространению знаний и новейших достижений теоретической и практической медицины среди терапевтов г. Москвы.

В рамках Московского городского научного общества терапевтов с ноября 2004 г. выпускается газета вестник Московского городского научного общества терапевтов «Московский доктор», главный редактор — профессор П.А. Воробьев. Редакционный совет представлен членами Правления МГНОТ. Газета выходит 2 раза в месяц, ставит своей основной задачей формирование медицинской политики московского терапевтического сообщества, донесения до аудитории достоверных и доказательных знаний по актуальным проблемам современной терапии. В газете публикуется повестка и протоколы пленарных и секционных заседаний МГНОТ, актуальные вопросы клиники, диагностики и лечения внутренней медицины.

Замечаний в адрес Правления и Бюро секций со стороны членов Общества не поступало. Активно работают 15 секций; проводились консультации для врачей по интересующим их вопросам председателями секций и ведущими специалистами. Заседания, как правило, носили проблемный характер.

Однако имеются некоторые недостатки в работе Общества: все еще имеется задолженность по уплате членских взносов.

Новому составу Правления необходимо учесть и стараться устранить указанные недостатки в дальнейшей работе Общества.

*Председатель Правления МГНОТ
академик А.И. Воробьев
Ответственный секретарь МГНОТ
к. м. н. Е.Н. Кочина*

25 апреля 2007 г. состоялось отчетно-перевыборное заседание МГНОТ.

В почетные члены МГНОТ избрана доктор мед. наук, проф. Егорова Лидия Ивановна.

В новый состав Правления избраны: Ардашев В.Н., Белевский А.С., Беленков Ю.Н., Белоусов Ю.Б., Богомолов Б.П., Бокарев И.Н., Буршев В.И., Васильева Е.Ю., Воробьев А.И., Воробьев П.А., Галкин В.А., Глезер М.Г., Гогин Е.Е., Голиков А.П., Губкина Д.И., Гусева Н.Г., Дворецкий Л.И., Егорова Л.И., Емельяненко В.М., Заславская Р.М., Иванов Г.Г., Ивашкин В.Т., Калинин А.В., Каляев А.В., Ключев В.М., Комаров Ф.И., Корнев Б.М., Кочина Е.Н., Лазебник Л.Б., Маколкин В.И., Мартынов И.В., Милентьев А.С., Михайлов А.А., Моисеев В.С., Мухин Н.А., Насонов Е.Л., Насонова В.А., Нонинов В.Е., Ольбинская Л.И., Палева Н.Р., Пальцев М.А., Погожева А.В., Покровский А.В., Покровский В.И., Положенкова Л.А., Потехин Н.П., Раков А.Л., Савченко В.Г., Серов В.В., Симоненко В.Б., Синопальников А.И., Смоленский В.С., Строжаков Г.И., Сыркин А.Л., Тюрин В.П., Хазанов А.И., Чазов Е.И., Чучалин А.Г., Шишкова Т.В., Шостак Н.А., Шпектор А.В., Ющук Н.Д., Яковлев В.Б.

В состав Ревизионной комиссии избраны: Карпова С.В., Новоженков В.Г., Цыганова Л.В., Цурко В.В.

Выборы Председателя Правления МГНОТ
Единогласно избран академик Воробьев Андрей Иванович.

*Е.Н. Кочина,
О. Борисенко*

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 ЭПИЛЕПСИЕЙ

1. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА

Категория возрастная: взрослые, дети

Нозологическая форма: генерализованная идиопатическая (предположительно идиопатическая) эпилепсия и эпилептические синдромы

Код по МКБ-10: G 40.3

Фаза: диагностики и подбора терапии

Стадия: любая

Осложнение: без осложнений

Условие оказания: амбулаторно-поликлиническая помощь

Приложение
к приказу Министерства
здравоохранения и социального развития
Российской Федерации
от 28 февраля 2005 г. № 174

1.1. ДИАГНОСТИКА

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.23.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии центральной нервной системы и головного мозга	1	1
A01.23.002	Визуальное исследование при патологии центральной нервной системы и головного мозга	1	1
A01.23.003	Пальпация при патологии центральной нервной системы и головного мозга	1	1
A01.23.004	Исследования чувствительной и двигательной сферы при патологии центральной нервной системы и головного мозга	1	1
A02.10.002	Измерение частоты сердцебиения	1	1
A02.12.001	Исследование пульса	1	1
A02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	1
A05.23.001	Электроэнцефалография	1	1
A13.30.001	Патопсихологическое обследование	0,1	1
A 04.10.002	Эхо-кардиография	0,1	1
A05.10.001	Электрокардиография	0,1	1
A05.10.007	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных	0,1	1
A05.10.004	Холтеровское мониторирование	0,05	1
A05.23.002	Ядерно-магнитное резонансное исследование центральной нервной системы и головного мозга	0,1	1
A06.23.004	Компьютерная томография головы с контрастированием структур головного мозга	0,1	1
B01.029.01	Прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога первичный	1	1

2.1. ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА 6 МЕСЯЦЕВ

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.23.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии центральной нервной системы и головного мозга	1	3
A01.23.002	Визуальное исследование при патологии центральной нервной системы и головного мозга	1	3
A01.23.003	Пальпация при патологии центральной нервной системы и головного мозга	1	3
A01.23.004	Исследования чувствительной и двигательной сферы при патологии центральной нервной системы и головного мозга	1	3
A02.01.001	Измерение массы тела	1	2
A05.23.001	Электроэнцефалография	1	3
A08.05.004	Исследование уровня лейкоцитов в крови	1	3
A08.05.005	Исследование уровня тромбоцитов в крови	1	3
A09.05.041	Исследование уровня аспарат-трансаминазы в крови	1	3
A09.05.042	Исследование уровня аланин-трансаминазы в крови	1	3
A09.28.023	Определение удельного веса (относительной плотности) мочи	1	1
A25.23.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга	1	2
A25.23.002	Назначение диетической терапии при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга	1	2
A25.23.003	Назначение лечебно-оздоровительного режима при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга	1	2
A09.05.011	Исследование уровня альбумина в крови	0,1	1
A09.05.020	Исследование уровня креатинина в крови	0,1	1
A09.05.03	Исследование уровня общего гемоглобина в крови	1	3
A12.28.002	Исследование функции нефронов (клиренс)	0,1	1
A09.05.044	Исследование уровня гамма-глутаминтрансферазы в крови	0,01	1
A09.05.046	Исследование уровня щелочной фосфатазы в крови	0,01	1
A09.05.035	Исследование уровня лекарств в крови	0,1	1

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД**	ЭКД***
Средства, влияющие на центральную нервную систему			1		
<i>Противосудорожные средства и средства лечения паркинсонизма</i>			1		
		Вальпроевая кислота	0,6	1500 мг	270000 мг
		Карбамазепин	0,03	900 мг	162000 мг
		Клоназепам	0,1	1—6 мг	180—1080 мг
		Ламотриджин	0,3	150 мг	2700 мг
		Топирамат	0,03	400 мг	72000 мг
Средства, влияющие на кроветворение, систему свертывания			0,02		
<i>Противоанемические средства</i>			1		
		Фолиевая кислота	1	5 мг	450 мг

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

2. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА**Категория возрастная:** взрослые, дети**Нозологическая форма:** Генерализованная идиопатическая (предположительно идиопатическая) эпилепсия**Код по МКБ-10:** G 40**Фаза:** ремиссия**Стадия:** любая**Осложнение:** без осложнений**Условие оказания:** амбулаторно-поликлиническая помощь

2.1. ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА 6 МЕСЯЦЕВ

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.23.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии центральной нервной системы и головного мозга	1	2
A01.23.002	Визуальное исследование при патологии центральной нервной системы и головного мозга	1	2
A01.23.003	Пальпация при патологии центральной нервной системы и головного мозга	1	2
A01.23.004	Исследования чувствительной и двигательной сферы при патологии центральной нервной системы и головного мозга	1	2
A02.01.001	Измерение массы тела	1	2
A05.23.001	Электроэнцефалография	1	1
A08.05.004	Исследование уровня лейкоцитов в крови	1	1
A08.05.005	Исследование уровня тромбоцитов в крови	1	1
A09.05.041	Исследование уровня аспарат-трансаминазы в крови	1	1
A09.05.042	Исследование уровня аланин-трансаминазы в крови	1	1
A09.28.023	Определение удельного веса (относительной плотности) мочи	1	1
A25.23.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга	1	1
A09.05.003	Исследование уровня общего гемоглобина в крови	1	1
A09.05.011	Исследование уровня альбумина в крови	0,5	1
A09.05.020	Исследование уровня креатинина в крови	0,5	1
A09.05.030	Исследование уровня натрия в крови	0,5	1
A12.28.002	Исследование функции нефронов (клиренс)	0,1	1
A13.30.001	Патопсихологическое обследование	0,1	1
A09.05.044	Исследование уровня гамма-глутаминтрансферазы в крови	0,01	1
A09.05.046	Исследование уровня щелочной фосфатазы в крови	0,01	1
A09.05.035	Исследование уровня лекарств в крови	0,01	1

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД**	ЭКД***
Средства, влияющие на центральную нервную систему			1		
	<i>Противосудорожные средства и средства лечения паркинсонизма</i>		1		
		Вальпроевая кислота	0,6	1500 мг	270000 мг
		Карbamазепин	0,03	900 мг	162000 мг
		Клоназепам	0,1	1—6 мг	180—1080 мг
		Ламотриджин	0,3	150 мг	2700 мг
		Топирамат	0,03	400 мг	72000 мг
Средства, влияющие на кроветворение, систему свертывания			0,02		
	<i>Противоанемические средства</i>		1		
		Фолиевая кислота	1	5 мг	450 мг

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

3. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА**Категория возрастная:** взрослые, дети**Нозологическая форма:** Парциальная симптоматическая (предположительно симптоматическая, криптогенная) эпилепсия**Код по МКБ-10:** G 40**Фаза:** диагностики и подбора терапии**Стадия:** любая**Осложнение:** без осложнений**Условие оказания:** амбулаторно-поликлиническая помощь

1.1. ДИАГНОСТИКА

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.23.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии центральной нервной системы и головного мозга	1	1
A01.23.002	Визуальное исследование при патологии центральной нервной системы и головного мозга	1	1
A01.23.003	Пальпация при патологии центральной нервной системы и головного мозга	1	1
A01.23.004	Исследования чувствительной и двигательной сферы при патологии центральной нервной системы и головного мозга	1	1
A02.10.002	Измерение частоты сердцебиения	1	1
A02.12.001	Исследование пульса	1	1
A02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	1
A05.23.001	Электроэнцефалография	1	1
A05.10.001	Электрокардиография	0,1	1
B01.029.01	Прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога первичный	0,7	1
A05.10.007	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных	0,1	1
A05.23.002	Ядерно-магнитное резонансное исследование центральной нервной системы и головного мозга	0,1	1
A06.23.004	Компьютерная томография головы с контрастированием структур головного мозга	0,1	1

2.1. ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА 6 МЕСЯЦЕВ

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.23.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии центральной нервной системы и головного мозга	1	3
A01.23.002	Визуальное исследование при патологии центральной нервной системы и головного мозга	1	3
A01.23.003	Пальпация при патологии центральной нервной системы и головного мозга	1	3
A01.23.004	Исследования чувствительной и двигательной сферы при патологии центральной нервной системы и головного мозга	1	3
A02.01.001	Измерение массы тела	1	3
A05.23.001	Электроэнцефалография	1	3
A08.05.004	Исследование уровня лейкоцитов в крови	1	3
A08.05.005	Исследование уровня тромбоцитов в крови	1	3
A09.05.041	Исследование уровня аспарат-трансаминазы в крови	1	3
A09.05.042	Исследование уровня аланин-трансаминазы в крови	1	3
A09.28.023	Определение удельного веса (относительной плотности) мочи	1	1
A25.23.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга	1	2
A25.23.002	Назначение диетической терапии при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга	1	2

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A25.23.003	Назначение лечебно-оздоровительного режима при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга	1	2
A09.05.011	Исследование уровня альбумина в крови	0,1	1
A09.05.020	Исследование уровня креатинина в крови	0,1	1
A09.05.03	Исследование уровня общего гемоглобина в крови	0,1	2
A12.28.002	Исследование функции нефронов (клиренс)	0,1	1
A09.05.044	Исследование уровня гамма-глутаминтрансферазы в крови	0,01	1
A09.05.046	Исследование уровня щелочной фосфатазы в крови	0,01	1
A09.05.035	Исследование уровня лекарств в крови	0,01	1

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД**	ЭКД***
Средства, влияющие на центральную нервную систему			1		
	<i>Противосудорожные средства и средства лечения паркинсонизма</i>		1		
		Вальпроевая кислота	0,5	1500 мг	360000 мг
		Карbamазепин	0,5	900 мг	162000 мг
		Ламотриджин	0,1	150 мг	2700 мг
		Топирамат	0,1	400 мг	72000 мг
		Фенитоин	0,1	351 мг	63180 мг
Средства, влияющие на кроветворение, систему свертывания			0,02		
	<i>Противоанемические средства</i>		1		
		Фолиевая кислота	1	1 мг	180 мг

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

4. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА

Категория возрастная: взрослые, дети

Нозологическая форма: Парциальная симптоматическая (предположительно симптоматическая, криптогенная) эпилепсия

Код по МКБ-10: G 40

Фаза: ремиссия

Стадия: любая

Осложнение: без осложнений

Условие оказания: амбулаторно-поликлиническая помощь

2.1. ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА 6 МЕСЯЦЕВ

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.23.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии центральной нервной системы и головного мозга	1	2
A01.23.002	Визуальное исследование при патологии центральной нервной системы и головного мозга	1	2
A01.23.003	Пальпация при патологии центральной нервной системы и головного мозга	1	2
A01.23.004	Исследования чувствительной и двигательной сферы при патологии центральной нервной системы и головного мозга	1	2
A02.01.001	Измерение массы тела	1	2
A05.23.001	Электроэнцефалография	1	1
A08.05.004	Исследование уровня лейкоцитов в крови	1	1
A08.05.005	Исследование уровня тромбоцитов в крови	1	1
A09.05.041	Исследование уровня аспарат-трансаминазы в крови	1	1
A09.05.042	Исследование уровня аланин-трансаминазы в крови	1	1
A09.28.023	Определение удельного веса (относительной плотности) мочи	1	1
A25.23.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга	1	1
A09.05.003	Исследование уровня общего гемоглобина в крови	1	2
A09.05.011	Исследование уровня альбумина в крови	0,5	1
A09.05.020	Исследование уровня креатинина в крови	0,5	1
A09.05.030	Исследование уровня натрия в крови	0,5	1
A12.28.002	Исследование функции нефронов (клиренс)	0,1	1
A13.30.001	Патопсихологическое обследование	0,1	1
A09.05.044	Исследование уровня гамма-глутаминтрансферазы в крови	0,01	1
A09.05.046	Исследование уровня щелочной фосфатазы в крови	0,01	1
A09.05.035	Исследование уровня лекарств в крови	0,01	1

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД**	ЭКД***
Средства, влияющие на центральную нервную систему			1		
	<i>Противосудорожные средства и средства лечения паркинсонизма</i>		1		
		Вальпроевая кислота	0,5	1500 мг	360000 мг
		Карbamазепин	0,5	900 мг	162000 мг
		Ламотриджин	0,1	150 мг	27000 мг
		Топирамат	0,1	400 мг	72000 мг
		Фенитоин	0,1	351 мг	63180 мг
Средства, влияющие на кроветворение, систему свертывания			0,02		
	<i>Противоанемические средства</i>		1		
		Фолиевая кислота	1	1 мг	180 мг

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

Как получить нашу газету? БЕСПЛАТНО!

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

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

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

Купон высылайте в конверте по адресу:

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

ИнтерНьюс

Причиной синдрома внезапной детской смерти (SIDS) являются нарушения в развитии отдела головного мозга, контролирующего дыхание и рефлексы

Данные, полученные исследователями, помогают понять, почему жертвами синдрома чаще становятся дети, которые спят в затрудняющей дыхание позе. Авторы исследования изучили образцы тканей мозга 31 жертвы синдрома внезапной детской смерти, и 10 младенцев, умерших от других заболеваний. В ходе исследования у детей из первой группы были обнаружены значительные аномалии в развитии нервных клеток продолговатого мозга, в котором расположены центры, контролирующие дыхание и связанные с ним рефлексы. Клетки продолговатого мозга этих детей вырабатывали повышенное количество серотонина, и в то же время в них было значительно меньше рецепторов к этому химическому соединению, отвечающему за передачу сигналов между нервными клетками. По мнению авторов исследования, выявленные аномалии могли оказать существенное влияние на координацию процесса дыхания, а также на чувствительность организма к концентрации углекислого газа. В нормальных условиях при недостатке кислорода, который может возникнуть, если ребенок спит в неудобной позе, повышение концентрации диоксида углерода приводит к активации нервных центров, контролирующих рефлекторные движения и дыхание. В результате ребенок меняет позу и начинает чаще дышать, и приток кислорода в организм восстанавливается. Однако у детей с выявленными аномалиями этот механизм, судя по всему, не работает. По мнению авторов исследования, полученные ими данные могут привести в будущем к созданию новых методов выявления детей с повышенным риском синдрома внезапной детской смерти, а также, возможно, к созданию лекарств, позволяющих нормализовать серотониновый обмен в мозге таких детей. По данным американских ученых, массированная пропаганда в СМИ правил ухода за ребенком, в частности, рекомендации класть младенцев спать на спину, а не на живот, привела к снижению числа жертв синдрома внезапной детской смерти в два раза. В то же время синдром внезапной детской смерти по-прежнему остается лидирующей причиной гибели детей в первые месяцы жизни. По тем же данным, 65% жертв синдрома, зарегистрированных в США в 2003 году, лежали в момент смерти в «правильном» положении.

Источник:
Медновости.ру

Любители сыра хорошо спят и не видят кошмаров

К такому выводу пришли исследователи British Cheese Board после того, как 200 добровольцев ежедневно, в течение недели, съедали по 20 граммов сыра за 30 минут до сна. 72% отметили, что спят лучше, две трети сумели вспомнить свои сны, и никому не снились кошмары. По словам ученых, все дело в аминокислоте триптофан, содержащейся в этом молочном продукте, которая уменьшает стресс и способствует нормальному сну. Кроме того, выяснилось, что различные сорта сыра могут повлиять на сюжет сновидения. Исследование развенчало бытующий миф, о том, что сыр провоцирует кошмары. Предполагается, что эта «сказка» пошла от персонажа Скруджа из рождественской истории Чарльза Дикенса «А Christmas Carol», который винил «кусочек сыра» за посещавшие его ночные кошмары. Слух укрепился и тем, что в 50-х годах употребление сыра не рекомендовали при лечении определенными антидепрессантами.

Источник:
www.pir.ru

СТАНДАРТЫ – ЭКОНОМИКА – КАЧЕСТВО

Профилактика заболеваний — один из ключевых разделов педиатрии. В то же время здоровье полости рта — один из важнейших компонентов профилактики, которое подчас остается без внимания врачей-педиатров. Проблема заключается в том, что здоровье органов полости рта — смежная область педиатрии и стоматологии, и как часто бывает в случаях неопределенной и неразделенной ответственности, этим вопросом не занимаются ни педиатры, ни стоматологи. Изучить этот вопрос на российском уровне для нашей группы исследователей не представлялось возможным, поэтому мы рассмотрели аспекты профилактики кариеса у детей и подростков на примере Ставропольского края, что, по мнению авторов, отражает и общероссийские тенденции.

Вопросы профилактики кариеса среди детей и подростков

Борисенко О., Хапаева Р., Масальский С.

Доказательства эффективности и безопасности различных фторсодержащих средств профилактики кариеса

Существуют убедительные доказательства эффективности применения различных средств, содержащих фтор, для профилактики кариеса. Данные нескольких Кокрейновских обзоров на эту тему представлены в таблице 1.

Систематические обзоры	Эффект — разница средних (95% ДИ)
Комбинация местных фторсодержащих средств против одного средства (9 исследований)	10% (2—17%; p = 0,01)
Фторсодержащие гели против плацебо (23 исследования)	28% (19—37%; p < 0,0001)
Фторсодержащие растворы для полоскания против плацебо или отсутствия лечения (34 исследования)	26% (23—30%; p < 0,0001)
Фторсодержащие зубные пасты против плацебо (70 исследований)	24% (21—28%; p < 0,0001)
Фторсодержащий лак против плацебо или отсутствия лечения (7 исследований)	46% (30—63%; p < 0,0001)
Местные фторсодержащие средства против плацебо или отсутствия лечения (133 исследования)	26% (24—29%; p < 0,0001)

Примечание: Указано количество исследований, вошедших в мета-анализ (в каждом систематическом обзоре общее количество исследований было больше, однако не все были пригодны для мета-анализа).

Получают ли родители и подростки рекомендации по профилактике кариеса в фтор-дефицитных районах?

Ставропольский край является фтор-дефицитным регионом. По данным Ставропольского отделения Роспотребнадзора, содержание фтора в питьевой воде в крае в 3—3,5 раза ниже оптимального. Таким образом, в соответствии с современными рекомендациями, у детей и подростков края необходимо проводить профилактические вмешательства — использовать фторсодержащие пасты, растворы для полоскания или пищевые добавки. Для того, чтобы выяснить, получают ли дети и подростки рекомендации о профилактике кариеса, нами был проведен опрос родителей детей до 13 лет, находящихся на стационарном лечении в детской краевой клинической больнице, подростков (13—17 лет), находящихся на стационарном лечении в этих лечебных учреждениях, а также учащихся старших классов 3 случайно отобранных школ города.

Для случайного выбора школ все средние учебные заведения были собраны в единый список и каждой школе был присвоен порядковый номер. Затем с помощью генератора случайных чисел (<http://www.random.org>) были выбраны 3 номера, соответствующие школам № 18, 19, 26 списка. В этих школах проводилось анкетирование учащихся 9—11 клас-

сов. В школе № 26 анкетирование провести не удалось, так как не было достигнуто договоренности с администрацией.

Лечебное учреждение нами было отобрано с той целью, что в нем находятся пациенты, уже обратившиеся за медицинской помощью, как правило, такие пациенты наиболее полно обследованы. К тому же на лечении в краевой больнице находятся дети со всего края. Была разработана анкета (на рис. 1 приведена анкета для подростков), содержащая 4 ключевых вопроса по теме и сведения о вмешивающихся факторах (проживание в городе или селе, количество чисток зубов в сутки, частота смены зубной щетки). Если хотя бы на один вопрос не было получено ответа, анкета исключалась из анализа.

Пожалуйста, ответьте на несколько вопросов анкеты. Это исследование поможет улучшить качество оказания медицинской помощи детям и подросткам в нашем крае. Спасибо за потраченное время!

1. Вам известно, что на территории Ставропольского края содержание фтора в воде в несколько раз ниже нормы, необходимой для нормального развития зубов? *Да Нет*
2. Вы получали рекомендации от стоматолога по использованию препаратов, содержащих фтор (фторсодержащие зубные пасты, растворы для полоскания, гели) для профилактики кариеса? *Да Нет*
3. Вы получали рекомендации от участкового педиатра по использованию препаратов, содержащих фтор (фторсодержащие зубные пасты, растворы для полоскания, гели) для профилактики кариеса? *Да Нет*
4. Если Вы получали рекомендации по использованию препаратов, были ли они четкими и детализованными (какое содержание фтора должно быть в пасте, или какие растворы для полоскания необходимо приобрести и др.)? *Да Нет*
5. Вы проживаете в городе? *Да Нет*
6. Сколько раз в день Вы чистите зубы? (*ни разу*) (*только утром*) (*утром и вечером*) (*только вечером*) (*ни одного раза в день*) (*более двух раз в день*)
7. Как часто Вы меняете зубную щетку? (*1 раз в 3 месяца и чаще*) (*1 раз в 6 месяцев и чаще*) (*реже 1 раза в 6 месяцев*)

Рис. 1. Анкета для подростков.

Всего было распространено 370 анкет, из них возвращено было 338. Из-за отсутствия ответов из анализа были исключены 5 анкет, также анкеты двух респондентов, давших неспецифические ответы, были также исключены из анализа. Общее количество респондентов в итоге составило 331 человек, 256 — подростки и 75 родители. В краевой больнице было опрошено 121 человек, в школе № 18 — 89 и в школе № 19 — 121.

198 человек (60%) не получали рекомендации ни от стоматолога, ни от педиатра, 112 (34%) респондентов получали рекомендации от стоматолога. 58 респондентов (17,5%) получали рекомендации педиатра (из них 37 и от стоматолога также — повезло!). 133 человека (40%) получали рекомендации как минимум от одного из этих специалистов. Из них детализованные рекомендации получали 52 человека (39%).

Рекомендации относительно профилактики кариеса всегда подробно рассматриваются в руководствах и учебниках по стоматологии. Однако если обратить внимание на педиатрическую литературу, то окажется, что вопросы профилактики кариеса не поднимаются в ней вообще. Авторы не смогли обнаружить ни одного отечественного руководства или учебника по педиатрии, в котором бы освещались вопросы профилактики кариеса. Это небольшое исследование показывает, что большая часть (около 60%) целевой аудитории профилактики кариеса не получает необходимую информацию.

Сукральфат — нет доказательств эффективности для профилактики развития стрессовых язв у пациентов, находящихся на ИВЛ*

Олегов Б., Турсидис А.

Кровотечение из верхнего отдела пищеварительного тракта развивается у 2% критически больных пациентов. Факторами риска являются искусственная вентиляция легких более 48 часов, ДВС-синдром с развитием острой почечной или полиорганной недостаточности. Риск развития кровотечения при ИВЛ более 48 часов снижает энтеральное питание. Было проведено несколько мета-анализов с целью сравнения эффективности Ранитидина и Сукральфата у пациентов, находящихся в реанимации на ИВЛ с целью профилактики гастроинтестинальных кровотечений и влияния на частоту развития ИВЛ-ассоциированной пневмонии.

* Полный текст обзора со ссылками размещен на Интернет-сайте МОООФИ (www.rspog.ru).

Первые обзоры, выполненные до 1996 года, давали противоречивые результаты, что объяснялось разными критериями отбора исследований, различными критериями кровотечений, методологическим несовершенством исследований. В 1996 году авторы нескольких обзоров под руководством Деборы Кук объединили усилия для создания общего, методологически более выверенного обзора. По результатам этого обзора авторы пришли к заключению, что:

1) блокаторы H₂-гистаминовых рецепторов превосходят по эффективности плацебо и «отсутствие лечения» по предотвращению явных кровотечений,

Начало на стр. 8

2) Сукральфат имеет преимущество по сравнению с отсутствием профилактики,

3) данных для окончательного суждения о превосходстве Сукральфата или Ранитидина недостаточно, и необходимо проведение качественного крупного рандомизированного контролируемого испытания.

В 1998 году такое исследование было проведено, и оно продемонстрировало практически двукратное снижение относительного риска развития кровотечения в группе Ранитидина по сравнению с группой Сукральфата (разница достоверная). Однако, так как кровотечение — событие нечастое, то для того, чтобы добиться одного предупреждения кровотечения, необходимо дополнительно лечить 48 пациентов Ранитидином по сравнению с Сукральфатом (ЧБНЛ 48, ДИ 25-391). Показатели летальности не отличались в двух группах. Вентилятор-ассоциированная пневмония чаще возникала в группе Ранитидина, однако это различие не было достоверным.

В 2000 году появился новый, более совершенный по сравнению с обзором 1996 года, мета-анализ, по результатам которого не было выявлено преимуществ Ранитидина по сравнению с плацебо (5 исследований, 5% в группе Ранитидина, 7% в группе Сукральфата), а по результатам оценки всего одного исследования Сукральфата невозможно сделать какого-либо заключения. Также было выявлено, что группы Ранитидина, Сукральфата и плацебо не различались по частоте внутрибольничных пневмоний. Авторы данного обзора объясняют эффективность блока-

торов H₂-гистаминовых рецепторов в предыдущем обзоре (1996 г.) эффектом подгруппы циметидина (в настоящее время не используется).

Таким образом, в настоящий момент убедительных доказательств эффективности Сукральфата и Ранитидина для профилактики кровотечений из верхнего отдела желудочно-кишечного тракта при длительной ИВЛ нет. В то же время при применении Ранитидина по сравнению с Сукральфатом кровотечения развиваются достоверно реже. Практика профилактики кровотечений из верхнего отдела желудочно-кишечного тракта при длительной ИВЛ не может быть признана научно обоснованной.

Примечание главного редактора: Не там ищете. Кровотечение — следствие изъязвления слизистой оболочки желудка или кишечника. Изъязвление — следствие микротромбозов сосудов слизистой, типичное проявление ДВС-синдрома. По сути, это одно и то же, что острая почечная недостаточность, только бассейн тромбоза другой: сосуды слизистой, сосуды почек, сосуды печени или сосуды легких. Где затромбировалось — там и некроз, там и нарушения функций. Кстати, в кишечнике, кроме кровотечений, нарушается барьерная функция, и бактерии, и тем более — токсины, начинают свободно всасываться в кровь. Если эффективно проводить профилактику ДВС-синдрома (гепарины) или его интенсивное лечение (гепарины + свежемороженая плазма + плазмаферез), то кровотечений не будет. И даже если будут, плазмой они быстро купируются. Но нет этого в метаанализах, так как Запад не знает и не признает отечественных разработок в этом направлении.

Уже на протяжении почти восьми лет Общество фармакоэкономических исследований занимается проведением исследований, влиянием в меру своих возможностей общественной организации на лекарственную политику, проводит образовательные мероприятия по всей стране, занимается вопросами этики в медицине. В 2005 г., по решению Форумного комитета, в структуре Общества фармакоэкономических исследований был создан Институт по независимой оценке медицинских технологий. В рамках Института публикуются проблемные критические статьи по эффективности различных медицинских технологий (в том числе, на сайте www.rspog.ru), подбираются материалы для формирования негативного перечня медицинских технологий, перечня редкоприменяемых (сиротских) медицинских технологий.

Видимо, эта деятельность не понравилась. В офисе организации раздаются звонки с выяснением отношений по публикациям, в Ставрополе — где проводились некоторые обзоры Института — приходят на кафедры и в больницы вежливые люди и задают вежливые вопросы. Недавно была попытка взломать Интернет-сайт МОООФИ. Публикуются заказные статьи (прямо так — на правах рекламы) в различных средствах массовой информации.

Как это часто бывает, вынесение на открытое обсуждение вопросов реальной эффективности лекарств не проходит безболезненно. Говорить о неэффективности лекарств или других методик в нашей стране, как и в любой другой, не принято. Уже долгое время главный редактор «Международного журнала медицинской практики» проф. В.В. Власов объявляет конкурс — годовая подписка на журнал при условии прислать в редакцию автореферат диссертации с отрицательными результатами. «Халявная» подписка так никому пока и не досталась! Но проблема «плохих» диссертаций — это отдельная тема, много про которую пишут В.П. Леонов и В.В. Власов.

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

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

Доведение до медицинской общественности объективной и непредвзятой информации — важнейший элемент развития демократического общества. В мире организации, которые занимаются подобной деятельностью, можно пересчитать по пальцам. Из наиболее известных: Кокрейновское Сотрудничество (<http://www.cochrane.org>), журнал «Бандольер», движение «Здоровый скептицизм».

Если перефразировать слова героя Ильфа и Петрова: «Пусть тот, кто скажет, что это никому не интересно, первым бросит в меня камень!» В Кокрейновском Сотрудничестве участвуют около 10 тысяч авторов. На сайт журнала «Бандольер» (<http://www.jr2.ox.ac.uk/Bandolier/index.html>) заходят более 1 миллиона человек ежемесячно. Интересно, что Интернет-версию журнала поддерживают несколько крупных фармацевтических компаний, причем между компаниями и журналом подписаны соглашения о том, что содержание журнала не может быть подвержено никакому влиянию со стороны спонсора.

Движение «Здоровый скептицизм» (<http://healthyskepticism.org/home.php>) поддерживается за счет подписки (на сегодняшний день — более тысячи подписчиков). Авторы этого Интернет-издания проводят критические обзоры литературы, обобщают информацию о проблемах с лекарствами: побочные эффекты, неэффективность и др. Движение зародилось в 1983 году в Австралии и на сегодняшний день усилия его членов привели к изъятию с рынка Австралии более десяти лекарственных препаратов.

В России работу по сбору, анализу публикаций о реальной эффективности медицинских вмешательств взял на себя Институт по независимой оценке медицинских технологий Общества фармакоэкономических исследований. Мы рады пригласить к сотрудничеству заинтересованных в сборе и обнародовании непредвзятой информации специалистов в качестве авторов, и просим не беспокоиться прочих недовольных.

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

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

Д. Лукьянцева

О, дайте свободу слова в медицине

О. Борисенко

Вы можете помочь здравоохранению и больным

Примите участие в комментировании протоколов ведения больных!

Д. Лукьянцева

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

ИнтерНьюс

Эффективность внутрисемейной профилактики стрептококкового фарингита низка

Значение химиопрофилактики среди членов семей пациентов с острыми инфекциями, вызванными бета-гемолитическим стрептококком группы А, остаётся неизученным. Японские учёные (опубликовано в NEJM) оценили эффективность химиопрофилактики среди членов семей пациентов со стрептококковым фарингитом. В исследовании принимали участие 1181 пациент с фарингитом, вызванным стрептококком, и 1440 их родных братьев и сестёр. Сравнивалась частота развития фарингита у контактных лиц, получавших и не получавших химиопрофилактику.

Группа химиопрофилактики включала 948 детей, 507 из которых получали цефалоспорины и 441 — пенициллин в течение 3—5 дней. Фарингитом в последующие 30 дней заболели 28 (3,0%) из 948 детей в группе профилактики и 26 (5,3%) из 492 детей в контрольной группе. При этом в группе профилактики фарингитом заболели 9 (1,8%) из 507 детей, получавших цефалоспорины, и 19 (4,3%) из 441 ребёнка, получавшего пенициллин. При сравнении данных результатов с контрольной группой (5,3%) статистически достоверными были только различия между группой, получавшей цефалоспорины, и контрольной ($p = 0,003$). Различия между группой, получавшей пенициллин, и контрольной группой были недостоверными ($p = 0,542$). Профилактическое применение цефалоспоринов в течение 5 дней сопровождалось значительным снижением частоты развития фарингита, вызванного *S. pyogenes*, у детей, контактировавших с больным, по сравнению с контрольной группой ($p = 0,002$).

Таким образом, рутинное проведение химиопрофилактики среди родных братьев и сестёр пациентов со стрептококковым фарингитом не рекомендуется. Это связано с низкой частотой развития фарингита у детей, контактировавших с больным и не получавших антибактериальной профилактики, частым разрешением заболевания без проведения каких-либо терапевтических мер, а также стоимостью профилактики и риском селекции резистентной флоры.

Источник: Антибиотик.ру

Эвтаназию в Голландии не стало больше

В 2002 г. эвтаназия была впервые легализована в Нидерландах. С тех пор ее применение не увеличивается и даже несколько сокращается, согласно данным исследования, опубликованного в одном из майских номеров за 2007 г. *New England Journal of Medicine*. Доктор А. Heide разослал опросник врачам, которые, согласно данным свидетельства о смерти, присутствовали при 6860 случаях смерти; 77,8% (5342/6860) врачей прислали свои ответы. Исследователи обнаружили, что в 2005 г. эвтаназия имела место в 1,7% случаев смерти по сравнению с 2,6% в 2001 г. ($p < 0,05$). Частота случаев ассистированного врачом самоубийства также снизилась с 0,2% от всех случаев смерти в 2001 г. до 0,1% в 2005 г. ($p < 0,05$). Глубокая длительная седация, вероятно, ускорившая смерть, применялась в 2005 г. чаще, чем в 2001 г.: 7,1% против 5,6% от всех случаев смерти. Большинство из присутствовавших на момент смерти врачей были врачами общей практики. В 2005 г. в процессе эвтаназии в качестве основного препарата в 73,6% случаев использовались мышечные релаксанты, в 16,2% случаев — опиоиды и в остальных случаях — барбитураты. Властям были доложены 80,1% случаев эвтаназии в 2005 г. против 54% в 2001 г. Исследователи отмечают, что вслед за легализацией эвтаназии в Нидерландах последовало некоторое снижение ее частоты и частоты ассистированных врачом самоубийств.

В редакторском комментарии к статье отмечается, что в Орегоне — единственном штате США, где с 1997 г. разрешено ассистированное врачом самоубийство (эвтаназия запрещена на всей территории США), также отмечается стабилизация его частоты в течение нескольких лет после легализации.

Источник: MedMip

ИнтерНьюс

Разведенные женщины реже занимаются сексом и намного чаще болеют

Развод влияет не только на эмоциональное, но и на физическое состояние женщин. Социологи из Университета штата Айова подвели итоги почти десятилетнего наблюдения за 400 жительницами сельской местности штата. Ученых интересовало, как семейная жизнь (или ее отсутствие) отразится на матерях подростков. Как рассказал один из авторов исследования Ф. Лоренц, у каждой участницы эксперимента его коллеги взяли по 2 интервью. Первое — в начале 90-х годов, второе — в 2001 году. В первой части работы социологи опрашивали матерей, дети которых достигли подросткового возраста. Четверть респондентов перед опросом пережили разводы, остальные жили в браке. Исследователи установили, что различия в физическом состоянии замужних и разведенных женщин нет. Однако последние оказались более склонными к стрессам: психические расстройства разной степени тяжести среди разведенных оказались на 7% чаще, чем у замужних. В 2001 году социологи снова обошли этих же матерей. И выяснили, что склонность к стрессам у обеих категорий разная. Одинокие матери стали хуже чувствовать себя в физическом плане. По мнению Лоренца, физические болезни — последствия пережитого при разводе эмоционального стресса. Кроме того, одинокую мать ожидают многие другие потрясения: очень маленькая вероятность найти достойную работу, плохая поддержка со стороны государства и, как следствие, финансовые проблемы. В ухудшении здоровья играет важную роль и снижение сексуальной активности одиноких матерей: сексуальная активность одиноких представительниц человечества носит нерегулярный характер. Замужние женщины ведут более размеренную и регулярную половую жизнь и, как следствие, чаще занимаются сексом, который не может не отражаться положительно на здоровье партнеров.

Источник:
Korrespondent.net

Нет ничего хуже неопределенности

Европейские ученые провели исследование реакций человеческой психики на различные жизненные ситуации. Выяснилось, что в положении неизвестности люди склонны скорее готовиться к худшему варианту развития событий. В ходе опытов группе добровольцев демонстрировали видеоклипы, вызывающие позитивные, негативные и нейтральные эмоции. Каждый эпизод предварял специальный знак, который давал понять, к какой из этих категорий относится предстоящий видеоклип. Когда появлялся знак, обозначающий неизвестное содержание, то в работу немедленно вступали те зоны головного мозга, которые оценивали предстоящий эпизод в пессимистическом ключе. Как считают ученые, склонность человека ожидать худшего от неизвестного будущего являлась важнейшим элементом в развитии цивилизации. По их мнению, опасения относительно предстоящего развития событий способствовали мобилизации всех сил человека с тем, чтобы выжить в самых неблагоприятных условиях. Тем самым тревожная настороженность в отношении неизвестного будущего одновременно представляет собой как врожденную особенность работы головного мозга, так и важнейшее условие поступательного развития человечества.

Источник:
www.ami-tass.ru

«Здравствуйте, уважаемая редакция вестника МГНОТ!
Здравствуйте, госпожа Власова А.В.!

Случайно прочитал «Прямую речь» в Вашем вестнике МГНОТ «Московский доктор» № 3, февраль 2007 г., кстати сказать, врачи дали почитать, и был удивлен таким отношением к БАДам людей от медицины. Да, я согласен, необходимо бороться с распространением БАДов сомнительного происхождения, и в этом я поддерживаю В.А. Батурина. Но БАДам, прошедшим испытания, зарегистрированным и вошедшим в государственный реестр БАД, необходимо дать зеленый свет. Применять повсеместно, хотя бы не как лечебные препараты, а как добавки к пище для профилактики заболеваний и усиления на их фоне действия лекарственных препаратов и быстрого излечения больных.

Заведующий кафедрой клинической фармакологии Ставропольской государственной медицинской академии профессор В.А. Батурина предложил активно обсуждать проблему применения БАД в лечебной практике и профилактике заболеваний. В некоторой части полностью можно согласиться с В.А. Батуриным, что есть же какие-то витаминсодержащие БАДы, которые по своей сути являются лекарственными профилактическими препаратами и просто не дошли до регистрации, то такие препараты, разумеется, ни в коем случае категорически применять нельзя.

Но я совершенно не согласен В.А. Батуриным в том, что БАДы — это плохие лекарства. Нельзя поголовно относиться ко всем БАДам с одной меркой. Нужно вначале внимательно изучить любой препарат, как и любую проблему, а потом делать категорические выводы.

Если БАДы прошли государственную регистрацию и внесены в государственный реестр биологически активных добавок, а также прошли правильно организованные испытания в ведущих лечебных и научных учреждениях страны с получением подтверждения эффективности их применения, то почему же возникают сомнения в их эффективности при повсеместном применении для успешного лечения больных и профилактики заболеваний. Я подчеркиваю, именно лечения больных, а не болезней.

Что касается сетевого маркетинга, то тут В.А. Батурина совершенно не прав, как раз всем распространителям БАД и покупателям хорошо известны сами БАДы и их производители. Организаторы сетевого маркетинга, зарегистрированные в соответствии с законодательством РФ, получают БАДы на свои склады напрямую от производителей, что практически исключает подделку БАД.

А что касается лекарственных средств, продаваемых в аптеках, то подделка, как приводится в средствах массовой печати и на телевидении, достигает 70—80%. Так чем же лечат болезни врачи, назначая те или иные лекарственные препараты? Оказывается, большей частью поддельными лекарствами! Кроме этого, больные, доверяясь врачам, совершенно не знают действия прописанных лекарств и применяют их вслепую.

Организаторы же сетевого маркетинга проводят регулярные презентации по БАДам, проводят консультации покупателей по правильному их применению на основании рекомендаций полученных при правильно организованных испытаниях БАД в ведущих лечебных и научных учреждениях страны, собирают, систематизируют и обобщают результаты применения БАД, знакомя их с покупателями. К тому же покупатели являются близкими или знакомыми распространителями БАД с конкретными примерами. Производители периодически, по крайней мере, раз в год организуют и проводят встречи с распространителями БАД. Как видите, производителей потребители БАД знают в лицо, а это много значит. А вот что касается производителей лекарственных препаратов, этого не скажешь — подделать можно всё, что хочешь, и упаковать в красочную упаковку.

БАДы очень нужны нашему организму для правильного его развития и профилактики заболеваний, так как являются витаминовыми, повышающими общую резистентность организма, обладающими иммуномодулирующим действием и другими положительными действиями, присутствующими конкретным БАД.

К примеру, я прошел ряд компаний, распространяющих БАДы, принимал, принимаю, и буду продолжать принимать БАДы, как необходимый продукт для укрепления здоровья. На меня они оказывают хорошее оздоровительное действие, так как я почувствовал конкретно на себе их эффективность и постоянно задаю себе вопрос, а где я был раньше, нужно было бы БАДы принимать с самого раннего детства. Но как говорится, лучше поздно, чем никогда. Действительно могло быть и поздно для меня, если бы добрые люди знакомые не вразумили и не направили по правильному пути к здоровью.

АНТИРЕКЛАМА

Мне уже почти 72 года. Я не хожу к врачам, у меня даже нет амбулаторной лечебной карточки, нет истории болезни. Я продолжаю работать главным конструктором завода, занимаюсь изобретательством и считаю, что БАДы способствуют мне в этом. Веду активный образ жизни, радуюсь, что здоров, хожу на лыжах, катаюсь на обычных коньках и роликовых с внучкой. И думаю, что долго еще могу продолжать активную деятельность. Большую часть своей работы провожу за компьютером, моделирую и разрабатываю чертежи различных конструкций. У меня благодаря БАД практически восстановилось зрение. Я читаю газеты и журналы без очков, но пока, правда, при хо-

БАДы как национальная БЕДА

рошей освещенности. Поэтому считаю, что к БАДам необходимо повернуться всем лицом и активно ими пользоваться во благо здоровья нации в соответствии с Отраслевой программой «Охрана и укрепление здоровья здоровых на 2003—2010 гг.» (утв. приказом Минздрава РФ от 21 марта 2003 г. № 114).

Совершенно не зря Минздравом РФ выпущен приказ № 330 от 05.08.2003 г., в котором рекомендуется применять БАДы в лечебном питании. В приложение № 4 к данному приказу, так называемой инструкции по организации лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях, входящей в число основных лечебных мероприятий, указывается о необходимости использования в лечебном и энтеральном питании **биологически активных добавок**. Я с уверенностью могу сказать, что, к сожалению, основная часть медицинских работников об этом приказе до сих пор ничего не знает.

Считаю, что БАДы просто необходимы для здоровья всех, включая и самих врачей, для профилактики заболеваний, повышения иммунитета и общей устойчивости организма. На лечение и потерю трудоспособности уйдет больше финансов, чем на профилактику болезней и избежание в результате профилактики возможных осложнений. А лечение болезней и осложнений очень дорого обойдется больным. В этом я убедился сам на опыте своих знакомых и близких. Замечательных и полезных **биологически активных добавок** выпускается много, выбирай, что необходимо придется для Вашего организма, по душе, по вкусу и карману.

С глубоким уважением, всего Вам добро
и отличного здоровья, Степан Юрий Кузьмич.»

Вот такой поток сознания. Индуцированный рекламой, безответственными медиками, соседями, бог знает кем еще. Приводит его совсем не для того, чтобы еще раз напомнить знаменитое замечание гениального врача А.П. Чехова: «Подъезжая к станции с него слетела шляпа». Нет!

Человек, написавший письмо, знает о том, что медицина — это плохо, а жулики всех мастей — спасители человечества. Автор абсолютно уверен, что без всякого образования и специальных знаний сам разберется, что ему нужно, а что — нет. Набор штампов, пустых фраз причудливо переплетается с рекламными выдержками (прямую рекламу мы исключили из текста письма).

Страшно, что этот конструктор — видимо, бывший интеллигентный человек с потерей критики, уверен, что он хорошо понимает в медицине. Даже знает, что нужно лечить больного (а врачи — враги рода человеческого, и потому к ним — ни шагу, — лечат болезни). Знает, что нужна профилактика, и все, что называется этим словом — спасение. Но он — не один такой.

Потому-то и не живет наша нация долго, что каждый сам знает, как лечиться. Кто — расолом, кто — БАДами, кто — попивая свежую мочу (почему не кровь младенцев или молодых барышень — не понятно, хотя сухую бычью кровь и по сей день из лекарств не исключили, жуют дети гематоген, а переливания донорской теплой крови «для питания и повышения толерантности» пользуют до сих пор). А вытязки из скотских тканей и мозгов, типа церебролизина, кортексина, актовегина — эту гадость врачи назначают повсеместно.

В значительной степени мы сами виноваты, так как фразы из письма производят бездумно многие врачи. Кто-то скажет — не заслуживает это все серьезного обсуждения. Не согласен: такими бредовыми мыслями и мнениями страдает большинство населения страны! Друзья, кредит доверия системы здравоохранения у населения исчерпан. И это письмо в редакцию — лучшее тому подтверждение. Придется предпринять много, ох много усилий, чтобы договориться с народом, придти к согласию, взаимопониманию. Ведь не случайно у нас на порядок меньше выявляется онкологических заболеваний и болезней крови, чем должно быть: люди предпочитают не обращаться за медицинской помощью и умирают дома.

П. Воробьев



**РУКОВОДСТВО
ПО
ГЕМАТОЛОГИИ**

ВНИМАНИЕ!
РУКОВОДСТВО ПО ГЕМАТОЛОГИИ

Три тома в одной книге с Приложениями
Под редакцией академика А. И. Воробьева
Издательство «Ньюдиамед»
2007 г.

НОВИНКА

Фундаментальное медицинское издание, содержащее современные данные по вопросам физиологии и патофизиологии системы крови. Широко освещены современные методы диагностики и дифференциальной диагностики, что делает руководство необходимым в повседневной работе врача. Представлены следующие разделы:

- общая часть (клетка, кроветворение, костный мозг, диагностические методы, в том числе компьютерная и магнитно-резонансная томография в гематологии),
- частная гематология (гемобластозы, миелопрлиферативные опухоли, хромосомный анализ, острые лейкозы, и др.)
- гемостаз;
- анемии.

Книга предназначена для специалистов гематологов, онкологов. Она также будет полезна врачам различных специальностей: терапевтам, педиатрам, неврологам, семейным врачам, преподавателям медицинских ВУЗов и факультетов послевузовской профессиональной подготовки.

Заслуживает внимание Приложение к Руководству, содержащее:

- Протокол ведения больных Гемофилия;
- Протокол ведения больных Железодефицитная анемия;
- Стандарты медицинской помощи больным с гематологическими заболеваниями.

Любовь Ильинична Ольбинская

26 мая 2007 года не стало Любови Ильиничны Ольбинской, заслуженного деятеля науки Российской Федерации, академика РАМН, доктора медицинских наук, профессора, заведующей кафедрой клинической фармакологии и фармакотерапии Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова, члена Правления Московского городского научного общества терапевтов.

Родилась Любовь Ильинична 1 февраля 1931 г. в Симферополе. В 1955 г. окончила 1-й Московский медицинский институт им. И.М. Сеченова. В 1974 г. защитила докторскую диссертацию по теме «Начальная стадия сердечной недостаточности». Под ее руководством была подготовлена образовательная программа по клинической фармакологии и Государственный стандарт послевузовской подготовки врачей — клинических фармакологов. Л.И. Ольбинская подготовила 500 научных работ, 1 учебник, 8 монографий.

Любовь Ильинична являлась Президентом Российского научного общества клинических фармакологов и фармакотерапевтов, Председателем секции клинической фармакологии Всероссийского научного общества фармакологов, членом Правления Международного общества «Артериальная гипертензия и общество».

С 2001 г. по 2004 г. Л.И. Ольбинская была главным терапевтом Минздрава России. Л.И. Оль-



бинской дважды была присуждена Государственная премия: в 1980 г. — за разработку и внедрение в медицинскую практику современных методов диагностики начальных стадий сердечной недостаточности, механизмов их развития, профилактики и лечения, а в 1989 г. — за разработку методов эхокардиографической диагностики и контроля состояния сердечно-сосудистой системы и внедрение их в практику здравоохранения. Также она была удостоена премии им. М.П. Кончаловского (1979 г.) и премии Правительства Российской Федерации (2002 г.). В 2002 г. Указом Президента Российской Федерации награждена медалью ордена «За заслуги перед отечеством» II степени.

Любовь Ильинична была членом редколлегии журнала «Клиническая геронтология» и газеты «Вестник МГНОТ «Московский доктор». Последние несколько лет Любовь Ильинична проявляла большой интерес к проблемам фармакоэкономики, стандартизации, обсуждая эти вопросы на совещаниях с главными терапевтами субъектов Российской Федерации. Любовь Ильинична всегда интересовалась новым, активно внедряла в практику современные технологии. Нам будет не хватать этого энергичного специалиста.

Редколлегия МГНОТ

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
- Чулкин А.В.,
д.м.н., ангиохирург

Программа заседания:

1. Круглый стол
2. Обсуждения
3. Доклад спонсоров

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

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

Сопредседатели секции:

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

Программа заседания:

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

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

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

Сопредседатели секции:

- Беленков Ю.Н.,
член-корр. РАН, академик РАМН,
д.м.н., профессор
- Сандриков В.А.,
член-корр. РАМН, д.м.н., профессор
- Глезер М.Г.,
д.м.н., профессор
- Савенков М.П.,
д.м.н., профессор, кардиолог
- Парфенов В.А.,
д.м.н., профессор, невролог
- Чулкин 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 «НЬЮДНАМЕД»

<p>ПРОТОКОЛ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ. БОЛЕЗНЬ ПАРКИНСОНА. 2006 г., 184 стр., м.о.</p> <p>Под ред. Новикова В.Ф., Воробьева П.А. ТОЛКОВЫЙ АНГЛО-РУССКИЙ СЛОВАРЬ терминов, используемых в гематологии и иммунологии. 2006 г., 154 с., м.о.</p> <p>ПРОТОКОЛ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ. ГЕМОФИЛИЯ 2006 г., 120 с., м.о.</p> <p>Под ред. Воробьева П.А. СПРАВОЧНИК ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ФОРМАЛЬНОГО КОМИТЕТА. 2 издание 2006 г., 668 с., т.п.</p> <p>Под ред. Воробьева П.А. СПРАВОЧНИК ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ФОРМАЛЬНОГО КОМИТЕТА. 2 издание 2006 г., CD</p> <p>Андреев Ю.И. МНОГОЦИТНАЯ ГЕМОФИЛИЯ. 2006 г., 232 с., т.п.</p> <p>Под ред. Воробьева А.И. ОЧЕРКИ ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ ТРАНСФУЗИОЛОГИИ 2006 г., 632 с., т.п.</p> <p>Горюхова С.Г. СУТОЧНОЕ МОНИТОРИНГОВАНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ. ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ. 2006 г., 51 с., м.о.</p> <p>Гоним Е.Е., Гоним Г.Е. ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ И АССОЦИИРОВАННЫЕ БОЛЕЗНИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ: основы патогенеза, диагностика и выбор лечения. 2006 г., 254 с., т.п.</p> <p>Под ред. Воробьева П.А. ГЕРИАТРИЯ В ЛЕКЦИЯХ ТОМ 2 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., т.п. том 2, 2003 г., 280 с., т.п. том 1, 2002 г., 280 с., т.п.</p> <p>Под ред. П.А. Воробьева КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ. (ОЦЕНКА, ВЫБОР МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ И УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ). 2004 г., 404 с., т.п.</p>	<p>П.А. Воробьев АКТУАЛЬНЫЙ ГЕМОСТАЗ. 2004 г., 140 с., т.п.</p> <p>Под ред. П.А. Воробьева СБОРНИК ПРАВОВЫХ И НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ ТРАНСФУЗИОЛОГИИ. 2004 г., 540 с., т.п.</p> <p>В.В. Цурко ОСТЕОАРТРОЗ: ПРОБЛЕМА ГЕРИАТРИИ. 2004 г., 136 с., т.п.</p> <p>СТАНДАРТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ. 2004-2006 г. CD</p> <p>НОМЕНКЛАТУРА РАБОТ И УСЛУГ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ. 2004 г. CD</p> <p>ПРОТОКОЛ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ. ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИХ И ДРУГИХ ИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ. 2004 г., 64 с., м.о.</p> <p>П.А. Бубкина-Рыбинкина ГЛАВЫ ИЗ СЕМЕЙНОГО РОМАНА. 2003 г., 228 с., т.п.</p> <p>СБОРНИК ДОКУМЕНТОВ СИСТЕМЫ СТАНДАРТИЗАЦИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ. 2003 г., CD</p> <p>П.А. Воробьев АНЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ. 2001 г., 168 с., т.п.</p> <p>Под ред. П.А. Воробьева ЛАБОРАТОРНАЯ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА. СПУТНИК ИНТЕРНИСТА. 2001 г., 288 с., т.п., м.о.</p> <p>Е.В. Петровский ГЕРОНИМ, ДРАМАТИЗМ И ОПТИМИЗМ МЕДИЦИНЫ. 2001 г., 200 с., т.п.</p> <p>Под ред. П.А. Воробьева ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ (ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ). 2000 г., 80 с., м.о.</p> <p>Под ред. Л.М. Горюховича ИЗБРАННЫЕ ГЛАВЫ ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ УРОЛОГИИ. 2000 г., 362 с., т.п.</p> <p>А.И. Воробьев, Г.И. Касирский, 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 ЧЕРНОВЫХ. ВЗГЛЯД ПИИЧА. 1996 г., 180 с., м.о.</p>
--	---

КАРДИОЛОГИЧЕСКАЯ СЕКЦИЯ

Приглашение

«Сосудистые гипертонии. Все можно поправить»

18 октября 2007 года
Начало в 17.00
Вход по приглашениям

АНГИОЛОГИЧЕСКАЯ СЕКЦИЯ

ЧЕЛОВЕК И ИНФЕКЦИЯ

Приглашение

«Недержание мочи и мочеполая инфекция»

2 октября 2007 года
Начало в 17.00
Вход по приглашениям

КАРДИОЛОГИЧЕСКАЯ СЕКЦИЯ

Приглашение

«Эндокринопатии и сердце»

13 сентября 2007 года
Начало в 17.00
Вход по приглашениям

АНГИОЛОГИЧЕСКАЯ СЕКЦИЯ

ОСТЕОПОРОЗ — ПЕРЕЛОМНАЯ ПОРА

Сегодня остеопороз представляет собой одну из наиболее важных проблем человечества, не уступаая по значимости сердечно-сосудистым и онкологическим заболеваниям, а также сахарному диабету. Причины этого — прежде всего, большая распространенность остеопороза, который угрожает каждой второй женщине и каждому третьему мужчине старше 50 лет. Но самое главное — социальная значимость последствий остеопороза — переломов, нередко имеющих фатальное течение (как перелом шейки бедра).

ЧТО ТАКОЕ ОСТЕОПОРОЗ?

Остеопорозом называют разрежение костной ткани. При этом кости, образующие главный каркас человека — скелет — становятся хрупкими и уже не способны выдерживать те нагрузки, которые им свойственны. Достаточно сказать, что бедренная кость в норме выдерживает вертикальную нагрузку в 1,5 тонны, а большая берцовая кость — 1,8 тонны, что почти в 20 раз больше веса человека.

Остеопороз разрушает и раздвигает кости, приводя к тому, что достаточно минимальной травмы (например, падение с высоты собственного тела), чтобы случилась катастрофа — перелом.

Заболевание в большей части случаев протекает незаметно, скрытно, отсюда его второе название — «тихая (или молчаливая) эпидемия». К сожалению, из-за этой незаметности начала заболевания и скрытого течения многие больные остеопорозом часто не подозревают о его существовании, пока вдруг «среди полного здоровья» не грянет гром — перелом. Вот тут-то часто и вспоминают, что есть такое понятие — остеопороз, который как будто бы неизбежен у пожилых людей, является «возрастной проблемой», так что бороться с этим бесполезно (все равно «бороться с природой»), единственно, что было бы неплохо — принимать препараты кальция или витамина Д, а то и вовсе толченую яичную скорлупу с лимонным соком. Проходит время, у больного развиваются новые переломы, которые сопровождаются болью, ограничением подвижности, а то и могут закончиться трагически.

К сожалению, это типичная судьба больных остеопорозом, которые часто, даже имея диагноз, не получают необходимого лечения. Обидно это вдвойне, потому что сегодняшний уровень развития медицины в области остеопороза позволяет предотвратить остеопороз, или, если он развился, рано диагностировать его, предупредить прогрессирование заболевания и развитие новых переломов.

КАКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ ОСТЕОПОРОЗ?

Заболевание опасно не само по себе, а своими последствиями — переломами, которые происходят при небольших воздействиях (например, при падении), часто в типичных местах: в позвоночнике, предплечье, шейке бедра.

Переломы тел позвонков — наиболее частое осложнение остеопороза и происходят у каждой третьей женщины после 65 лет. При этом появляются боли в спине, уменьшается рост, формируется «старческий горб». Боли в спине, пояснице часто маскируются под остеохондроз, больные могут длительно и безуспешно лечиться у невропатологов, мануальных терапевтов и даже онкологов, пока остеопороз не будет распознан, часто — уже с новыми переломами других позвонков. Перелом костей предплечья также очень характерен и может служить надежным признаком остеопороза у женщин старше 50 лет.

Однако наиболее грозным осложнением остеопороза является перелом шейки бедра, исход которого, к сожалению, тяжелый и даже фатальный: каждый второй больной становится инвалидом, каждый пятый умирает в течение 6 месяцев после перелома из-за образования тромбов в сосудах, развития застойной пневмонии. Переломы при этом могут срастаться очень медленно из-за разрежения костной ткани.

КАК ПРЕДУПРЕДИТЬ РАЗВИТИЕ ОСТЕОПОРОЗА?

Профилактика остеопороза не сложна. Прежде всего, необходимо больше употреблять продуктов, богатых кальцием (см. таблицу), вести активный образ жизни, избегать вредных привычек, заниматься спортом и больше времени проводить на свежем воздухе (обязательны регулярные пешие прогулки по 1,5–2 ч, а не топтание на кухне, когда нет явной активизации кровообращения, и органы, в том числе и кости, работают не в оптимальном режиме). **Пребывание на солнце** важно, так как солнечные лучи активизируют в коже витамин D, который способствует лучшему всасыванию кальция в кишечнике. Для получения оптимальной дозы не нужно «до одури» загорать на пляже или в солярии, достаточно погулять 2–3 часа в тенистом парке в солнечный день.

КАК РАСПОЗНАТЬ ОСТЕОПОРОЗ?

К сожалению, часто пациенты узнают о том, что больны, поздно, поскольку остеопороз длительное время может протекать бессимптомно. Больной впервые слышит об ос-

теопорозе, когда у него «внезапно», «среди полного здоровья» происходят переломы. Основным методом диагностики остеопороза все еще остается рентгенография, хотя этот метод позволяет выявить заболевание очень поздно — когда уже потеряно 30 и более % костной массы.

Поэтому для ранней (!) диагностики остеопороза врачи во всем мире настоятельно рекомендуют проводить специальное исследование — **денситометрию** или определение плотности костной ткани («денсито» — плотность). Чем меньше плотность кости, тем больше ультразвуковых или рентгеновских лучей проходит через кость и попадает на измерительное устройство. Исследование безопасно, безболезненно, длится несколько минут. Денситометрия позволяет выявить потерю уже 1–2% костной массы и по современным стандартам рекомендуется всем женщинам после наступления менопаузы и пожилым людям (хотя бы 1 раз в год) для своевременного распознавания и контроля остеопороза.

СЛЕДУЕТ ЛИ ЛЕЧИТЬ ОСТЕОПОРОЗ?

Остеопороз можно и нужно лечить, чтобы предупредить переломы, опасные для жизни. Для сохранения костной массы и профилактики остеопороза очень важен достаточный прием препаратов кальция и/или витамина Д. При развившемся остеопорозе необходимы более сложные лекарственные препараты, которые замедляют разрежение костной ткани и оказывают обезболивающий эффект при болях в костях, обусловленных остеопорозом (как например, препарат Миакальцик).

МОЖНО ЛИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОПОРОЗА ОБОЙТИСЬ ТОЛЬКО ПРЕПАРАТАМИ КАЛЬЦИЯ?

Достаточный прием кальция (не менее 1000 мг элементарного кальция в сутки) крайне важен для сохранения костной массы. Однако при уже развившемся остеопорозе прием только препаратов кальция признан недостаточно эффективным в отношении предупреждения переломов. Поэтому кальций является необходимым, но лишь дополнительным компонентом лечения остеопороза.

В КАКИХ СЛУЧАЯХ ЧЕЛОВЕКУ УГРОЖАЕТ РАЗВИТИЕ ОСТЕОПОРОЗА?

- ✓ Возраст старше 50 лет
- ✓ Женский пол
- ✓ Наличие в анамнезе переломов бедра, тел позвонков, костей предплечья при минимальной травме, падениях
- ✓ Наличие у родственников остеопороза, переломов тел позвонков, шейки бедра, предплечья при минимальной травме, падениях
- ✓ Хрупкое телосложение
- ✓ Уменьшение роста на 3 и более см
- ✓ Малоподвижный образ жизни Прием глюкокортикоидных гормонов (преднизолон, метипред и др.) более 3 месяцев
- ✓ Наличие заболеваний, предрасполагающих к развитию остеопороза: ревматических (ревматоидный артрит, системная красная волчанка), эндокринных (синдром/болезнь Иценко-Кушинга, гиперпаратиреоз), заболеваний желудочно-кишечного тракта с нарушением всасывания, хронической почечной недостаточности
- ✓ Злоупотребление алкоголем, курение более 20 сигарет в день

Для женщин:

- ✓ Ранняя менопауза (до 45 летнего возраста)
 - ✓ Нарушения менструального цикла (нерегулярный характер, задержка без очевидных причин более 12 месяцев)
 - Операции удаления яичников, матки в анамнезе
- Остеопороз — одно из немногих заболеваний, воздействовать на которые можно в полной мере. Нужно только внимание и терпение.**

Миакальцик®
кальцитонин

Сохраняет микроархитектуру кости
Обладает выраженным обезболивающим действием
Эффективное антирезорбтивное средство
Снижает риск переломов

Когда жизнь в радость

Получить информацию о препарате можно по телефону
В Представительском отделении «Новартис Фарма Сервис Инк.»
по адресу: 123154, Москва, Б. Галактический пер., 15
Тел.: (495) 967 1270 | Факс: (495) 967 1266
www.novartis.ru | www.miacalcic.ru

NOVARTIS

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

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

РЕДАКЦИЯ: Главный редактор П.А. Воробьев

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

Редакционный совет: А.И. Воробьев (председатель редакционного совета), В.Н. Ардашев, А.С. Белевский, Ю.Н. Беленков, Ю.Б. Белоусов, Б.П. Богомолов, И.Н. Бокарев, В.И. Бурцев, Е.Ю. Васильева, В.А. Галин, М.Г. Глезер, Е.Е. Голин, А.П. Голиков, Д.И. Губкина, Н.Т. Гусева, Л.И. Егорова, В.М. Емельяненко, Р.М. Заславская, Г.Т. Иванова, В.Т. Ивашин, А.В. Калинин, А.В. Калыев, С.В. Карпова, М.И. Кечер, А.И. Кириченко, В.М. Кложаев, Ф.И. Комаров, Б.М. Корнев, Л.Б. Лазебник, В.И. Маколкин, И.В. Мартынов, А.С. Мелентьев, А.А. Михайлов, В.С. Моисеев, В.Е. Ноников, Н.А. Мухин, Е.Л. Насонов, В.А. Насонов, В.Г. Новоженко, П.И. Ольбинский, Н.Р. Палева, М.А. Пальцев, В.А. Парфенов, А.В. Пожева, А.В. Покровский, В.И. Покровский, Н.П. Потехин, А.Л. Раков, М.П. Савенков, В.Г. Савенко, В.Б. Симоненко, А.И. Синальничков, В.С. Смоленский, Г.И. Сторожаков, А.Л. Сыркин, В.П. Тюрин, А.И. Хазанов, Е.И. Чазов, А.Г. Чучалин, Л.В. Циганова, В.В. Цурко, Т.В. Шишкова, Н.А. Шостак, А.В. Шлептор, Н.Д. Ющук, В.Б. Яковлев

Газета распространяется среди членов Московского городского научного общества терапевтов бесплатно

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

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

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

При перепечатке материала ссылка на Вестник МГНОТ обязательна.

За рекламную информацию редакция ответственности не несет.