



ВЕСТНИК МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО

МОСКОВСКИЙ ДОКТОР

Сентябрь 2007

№ 18 (59)

НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ

Как-то, в начале лета, принесли небольшую посылку: книгу, а в ней — письмо. Пришло все это из далекого Таджикистана, от члена корреспондента РАМН профессора Софьи Хафизовны Хакимовой. Вот, что она пишет: «Уважаемый Павел Андреевич! Второй год я получаю, причем бесплатно, прекрасную газету «Московский доктор». Читая ее острые статьи, я, бывшая гонимая Союзными властями в течение 40 лет, получаю огромное удовольствие. За газету Вам низкий поклон. За что я была гонима, Вы узнаете из книги, которую Вам посылаю. Коротко: за борьбу с изуверскими методами снижения перинатальной смертности в Таджикистане, которую насаждал Минздрав СССР и пресловутая Е.Ч. Новикова. Во второй части книги приведены документы, направленные мною во все инстанции в надежде получить помощь и поддержку. Но, увы...

Прошу Вас, в «Московском докторе» не печатайте ничего из этой книги. Многие поняли эту книгу превратно, хотя там нет ничего против русских. Против власти — да!» Далее следуют профессиональные вопросы, которые читателю вряд ли будут интересны.

Книга довольно толстая, называется «Заложники империи», издана в 1998 г., т. е. почти 10 лет назад. Читается трудно. И язык автора тяжеловат, много повторов, и написана книга в смешанном жанре детектива, научного труда, исторического обзора, политического памфлета. Читал я ее несколько месяцев, то, откладывая, то снова возвращаясь.

Несмотря на мой космополитизм, антирусские мотивы бросались в глаза. Ну, а что вы хотели, если все начальство таджикское на протяжении почти всего XX века было русским — к кому апеллировать? Таджики к руководству не допускались. Мы ведь немцев обычно обвиняем в фашизме, а не фашистов. Так что товарищи «титовская нация», или как теперь повелели «коренное население», сошлемся на А.С. Экзюпри: «Мы в ответе за тех, кого приручили». Приятно-неприятно, а отвечать перед «братьями меньшими» надо.

Скованный просьбой автора, ничего из этой книги печатать и цитировать не буду. Напишу про свои ощущения, и те размышления, которые книга вызывает. Начну с главного лейтмотива: автор утверждает, что в Таджикистане с первых дней Советской власти проводился целенаправленный и организованный геноцид. Как вам тезис? И я так же среагировал.

Но, тут же вспомнил, что геноцид для нашей страны — дело привычное: к примеру, уморить голодом 10 миллионов человек на Украине и в казачьих степях в конце 30-х. Да ведь не один год морили, чтобы уж наверняка живых не осталось, и детей матери убивали, чтобы не мучились, и суп из членов семьи варили. Известный наш географ И. Ефремов рассказывал, как его — комсомольца — послали на подводе трупы по дорогам собирать, так вместе с трупами складывал он доходяг, и всех вез в яму сваливать. Такое было и с казаками (их добивали индустриализацией), позже — с ленинградцами (спалили все на немцев и войну, но злые языки поговаривают, что склады с провизией — Бадаевские — сожгли не немцы), а потом — с молдаванами. Не расстреливали, не пытали, не арестовывали — просто блокировали, чтобы никто не помог, и убивали голодом. Таджикикам повезло — их голод, в основном, миновал. Их мало травлили ядохимикатами и морили на хлопковых полях. Правда, 60–70% таджиков уже в наше время — в 70–80-е годы, жило на доходы, признанные ниже уровня бедности в 40–60 рублей



...в 2005 г. было принято решение закрыть участковую больницу в Волоколамском уезде Московской области, так как здание конюшен, в которых она располагалась, ремонту не подлежат.

(данные — официальные). Но и зарплата медсестры в других городах Союза была около 70 рублей. Так что еще неизвестно, «кому на Руси жить хорошо».

С. Хакимова подробно, с массой примеров и деталей описывает системы истребления младенцев в роддомах. Начинается все со структуры: рожают дамы в сараях, приспособленных под медицинские учреждения. Этот факт — сараи вместо роддомов — признал даже «короткий» министр здравоохранения С. Буренков. Больничные туалеты — выгребные ямы.

Просто — «там» нет нормативов. «Там» врача нанимает община, муниципалитет, который выбирается местными жителями.

Все мы заложники системы

Размышления над книгой С. Хакимовой «Заложники империи», 1998 г.

За годы Советской власти, она, власть, не сподобилась построить нормальные медицинские учреждения. Так что, такое было разве в одном лишь Таджикистане? — нет, скажете Вы, и будете правы. На комиссии Росздравнадзора в 2005 г. было принято решение закрыть участковую больницу в Волоколамском уезде Московской области, так как здания конюшен, в которых она располагалась, ремонту не подлежат. А сама ЦРБ в Волоколамске совсем недавно выехала из монастыря, в котором она существовала. А сколько еще таких больниц, поликлиник, ФАПов в сараях, конюшнях, бараках, хрущобах. Знаю даже поликлинику в центре Москвы в бывшем доме терпимости.

Туалеты — это культура народа. Наша культура — ведра «а-ля ночные вазы» в каменных хоромах, в последнее время — кое-где, где побогаче, стал появляться биотуалет. Строят на 6–15 сотках в Подмосковье особняки, бурят скважины метров на 20–30, делают даже выгребные ямы, из которых вода вытекает в канавы посреди поселка, часто — прямо перед домом хозяина и стекает обычно в какой-либо водоем, из которого скважина и качает... По весне все это затапливает участки. На пресловутой «рублевке», есть речка, впадающая в Москва-реку акkurat перед дачей Первого лица, так в нее сливают свои испражнения все, на протяжении густо застроенных 20–30 км ее течения. А дальше воды эти несутся в московский водопровод. А вода чистая-чистая. Все-то насмеялись мы над Средней Азией с ее арыками и кишечными инфекциями, все-то ищем мы теперь источники массовых эпидемий вирусного гепатита. Да гадим, мы, товарищи, под ноги. Извините...

Второй вопрос — кадровый. Он, как вожь и учитель сказал — решает все. Нет кадров, некому решать, а если решать некому, то и решать нечего. У нас на все нормативы. Пишут их чиновники в теплых кабинетах (кстати, кабинеты эти тоже в приспособленных старинных зданиях, которые не располагают к творчеству), плохо понимая, как выглядит проблема в жизни. А в жизни по нормативам получается, что в селах и деревнях живут по несколько человек, или несколько десятков человек, и им по штату не положено иметь медицинскую помощь. Один врач на сотни квадратных километров. И никаких дорог, машин — гужевая тяга до сих пор. Не смеяться, это не шутка, на ФАПе должна быть брочка, консультанту-врачу положен выезд. Все равно на Жигулях по дорогам не проедешь. Не проедешь — и не надо, вы-

мерли старики по деревням — так ведь и не жаловались на отсутствие медицинской помощи. Хлеб раз в месяц завезут — вот оно счастье. По нормативам болеть и умирать люди должны сами, не загружая государство своими проблемами. Деревни в средней полосе России почти исчезли, но не цивилизованно, как в Европе. Жители сгинули, не продав свою землю и уехав в городки, а вымерли, в нищете и бесправи.

Почему «там» не так. Просто — «там» нет нормативов. «Там» врача нанимает община, муниципалитет, который выбирается местными жителями. Нужен врач — найдем. Государство будет ему платить за каждого больного, но и община будет ему платить — жильем, например. У нас врача «прислали» по распределению в райцентр, и он думает только о том, как ему отсюда сбежать. И сбегает, если не местный. Ведь ничего его не держит — ни зарплата, ни престиж, ни блага общественных. В этом еще раз убеждает чтение воспоминаний о начале пути, которые мы уже не раз публиковали: кто из Рыбинска в Москву, кто из Волоколамска. Страна у нас такая — централизованная.

Вот недавно была у нас публикация об истории признания нашего здравоохранения лучшим в мире. Книга — иллюстрация к этой «лучшесть». Не было и нет у нас системы здравоохранения. Именно системы нет — отсюда все беды. Была структура системы, да и то — прописанная на бумаге. Но не было входных и выходных параметров системы, не было установлено правил взаимодействия в системе, общения с внешней средой, экономики системы. Принятие новых законов, 15 лет переустройства государства привнесли дополнительное усиление хаоса. И никому оно не надо. Далеко ходить не нужно — какое отношение имеет частная медицина к государственной? Верно — никакого, это не связанные между собой две параллельные структуры, не образующие системы, и правая нога не знает, что делает в это момент левая.

...это не связанные между собой две параллельные структуры, не образующие системы, и правая нога не знает, что делает в это момент левая.

Вопросы статистики: автор подробно расписывает, как переводили из одной «весовой категории» в другую, списывали сроки беременности, выдавали незарегистрированных трупиков домой, уменьшали число детей в двойнях и т. д. Работало это все цепочкой — консультация, скорая, роддом, ЗАГС. И никого не смущало, что «наша» статистика разительно отличается от статистики других стран. Дикие, дикие, дикие люди. Ба! Да это ж мы с вами.



Наше качество оценивают по плановым статистическим показателям. Но ведь их устанавливали те же чиновники в тех же кабинетах. Не могут плановые статистические показатели служить индикаторами качества! Они всегда и везде подделывались. В некоторых случаях эта подделка чудовищна, особенно, когда это касается новорожденных. Врачи, мягко говоря, занимающиеся пассивной эфтаназией, — разве это новость последних лет? Разве повсеместно не было «клизменных» или иных закутков, куда складывали умирающих? Я знаю, сейчас будет шум: такого не было. Было и есть. И сколько раз слышать приходилось от очевидцев о новорожденных, скинутых «в лотки» или «за окно», а потом оживших.

А где больные по нашей статистике? Ведь у нас нет больных с почечной недостаточностью (статистика показывает лишь 10% от реальности), а, следовательно — не нужна нам искусственная почка. Есть регион

Продолжение на стр. 3

ИнтерНьюс

Тромбоз стентов с лекарственным покрытием и без — достоверных различий не выявлено

Использование покрытых стентов, выделяющих сиролimus (Cordis's sirolimus-eluting Cypher stent [SES]) и паклитаксел (Boston Scientific's paclitaxel-eluting Taxus stent [PES]), может быть связано с повышенным риском поздних тромбозов. Группа ученых из крупнейших центров г. Бостона (США) выполнила анализ случаев тромбозов стентов в проведенных рандомизированных контролируемых исследованиях, определяя эти клинические осложнения по новой классификации Academic Research Consortium (ARC). Другой международный коллектив исследователей провел метаанализ рандомизированных исследований стентов с паклитакселом. В Бостонском анализе были объединены индивидуальные данные 4 двойных-слепых рандомизированных исследований (RAVEL, SIRIUS, C-SIRIUS, E-SIRIUS), включивших 878 участников групп стентов с сиролimusом и 870 пациентов контроля (группы непокрытых стентов), и 4 РКИ (TAXUS-I, II, IV, V), включивших 1400 больных с имплантированными стентами с паклитакселом и 1397 участников групп контроля (непокрытые стенты). Во второй метаанализ было включено 4 исследования стентов с паклитакселом (TAXUS-II, IV, V, VI — всего 3445 участников).

За 4 года кумулятивная частота тромбозов стента (по определению испытаний) составила 1,2% в группе стентов с сиролimusом против 0,6% в контроле ($p = 0,20$) и 1,3% в группе стентов с паклитакселом против 0,8% в контроле ($p = 0,24$). Частота определенных и вероятных тромбозов стента, определенная по критериям ARC, соответственно составила 1,5% против 1,7% ($p = 0,70$) и 1,8% против 1,4% ($p = 0,52$). В сроки от 1 до 4 лет наблюдения частота тромбозов в группе стентов с сиролimusом была 0,9% против 0,4% в контроле, в группе стентов с паклитакселом — 0,9% против 0,6% в группе непокрытых стентов. Из 68 пациентов с тромбозом стента 21 человек (30,9%) умер, и 57 больных (83,8%) перенесли инфаркт миокарда.

Во втором метаанализе в течение 3 лет зарегистрировано 30 случаев тромбозов стентов: 18 (1,0%) в группе стентов с паклитакселом против 12 (0,69%) в контроле ($p = 0,36$). Относительный риск (ОР) развития тромбоза стента в группе стентов с паклитакселом в сравнении с непокрытым стентом составил 1,51 ($p = 0,26$). Однако в сроки от 6 месяцев до 3 лет после вмешательства в группе покрытых стентов частота тромбозов была выше: 8 случаев (0,47%) против 1 (0,06%) в контроле ($p = 0,049$). Тем не менее, выживаемость и частота отсутствия инфаркта миокарда за 3 года между группами была сопоставимой: 97% против 97% ($p = 0,88$) и 93% против 94% ($p = 0,96$) соответственно в группах стентов с паклитакселом и непокрытых стентов.

Источник: MedMир

СВЕТСКАЯ ХРОНИКА

3 сентября 2007 года на новый срок был избран ректор Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова Пальцев Михаил Александрович, академик РАН и РАМН, профессор, доктор медицинских наук. Михаил Александрович возглавляет 20 лет коллектив Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова.

Михаил Александрович Пальцев родился 9 ноября 1949 года в г. Москве. Вся трудовая деятельность М.А. Пальцева связана с Московской медицинской академией имени И.М. Сеченова, в которой он прошел путь от студента до ректора. М.А. Пальцев сумел в непростых условиях внести огромный вклад в становление и развитие старейшего в стране высшего медицинского учебного заведения. За годы работы М.А. Пальцева в должности ректора созданы 8 новых факультетов, введены вечерние и заочные формы обучения, 5 научно-исследовательских институтов, открылись клиники кардиологии и неотложной сердечно-сосудистой и общей хирургии, отделение малоинвазивных технологий с использованием эндохирургической техники. Построено новое здание Научно-исследовательского центра и морфологического корпуса, реконструирована клиника акушерства и гинекологии, завершено строительство комбината питания. В ближайших планах Академии — строительство комплекса зданий фармацевтического факультета, НИИ молекулярной медицины и Центральной клинико-диагностической лаборатории.

М.А. Пальцев является крупным ученым — патологоанатомом, педагогом высшей квалификации. Он автор более 400 научных работ, в том числе 59 монографий и учебников, 19 изобретений. Под его руководством защищено 9 докторских и 20 кандидатских диссертаций. Научная деятельность М.А. Пальцева высоко оценена — в 1991 году ему присуждена Государственная премия СССР за фундаментальные исследования по проблеме гломерулонефрита, —



в 2000 году — премия Правительства Российской Федерации за учебник «Общая патология человека», — в 2002 году — премия Президента Российской Федерации за научно-практическую работу для системы высшего медицинского образования «История высшего медицинского образования как источник идей для совершенствования системы подготовки современного врача», в 2006 году премия Правительства Российской Федерации в области науки и техники «Разработка, научное обоснование и внедрение системы защиты населения Российской Федерации от новых биологических угроз».

М.А. Пальцев является председателем Совета Ассоциации медицинских и фармацевтических вузов России, членом Президиумов РАН и РАМН, первым вице-президентом РАМН, заместителем академика-секретаря Отделения биологических наук и руководителем секции физиологии РАН, членом Президиума ВАК Министерства образования и науки России. М.А. Пальцев — главный редактор журналов «Архив патологии», «Молекулярная медицина», «Российский медицинский форум», «Вестник медицинских конкурсов», член редколлегии журналов «Вестник РАМН», «Высшее образование в России», «Медицина и образование», «Фармацевтическая служба» и др. Талант организатора, педагога, воспитателя заслуженно снижали непререкаемый авторитет М.А. Пальцева среди сотрудников и учащихся Академии, научной общественности не только России, но и за ее пределами. М.А. Пальцев является членом Международной академии патологии, членом Европейского общества патологов.

За большой вклад в развитие высшей медицинской школы и здравоохранения М.А. Пальцев награжден орденами: «Знак Почета», «Дружбы», «За заслуги перед Отечеством» IV степени.

Собственная информация

ПРОТОКОЛЫ МГНОТ

ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ АНГИОЛОГИЧЕСКОЙ СЕКЦИИ МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ от 01.02.2007 г.

Сопредседатели секций:

член.-корр. РАН, акад. РАМН проф. Ю.Н. Беленков,
член.-корр. РАМН, проф. В.А. Сандриков,
проф. М.Г. Глезер, проф. М.П. Савенков,
проф. В.А. Парфенов, д.м.н. А.В. Чупин

Постоянный оппонент П.А. Воробьев

Секретарь: к.м.н. Л.А. Положенкова

Повестка дня: «Загадочный синдром X»

Заседание открыла М.Г. Глезер. Поздравив всех присутствующих с началом учебного года, заметила, что произошла реорганизация в заседаниях секций. С 2007 г. Кардиологическая и Ангиологическая секции будут проводить заседания совместно. Такое объединение позволит обсуждать проблему с позиций различных специалистов и поможет найти рациональные пути решения многих спорных вопросов. Сегодня будет обсуждаться проблема Коронарного синдрома X.

Перед началом докладов слово было предоставлено проф. П.А. Воробьеву, который сообщил, что 27.12.2006 г. скончался известный ученый, член корреспондент РАМН, почетный член МГНОТ профессор З.С. Баркаган, а 29.01.2007 года скончался академик РАМН, профессор, член правления МГНОТ В.В. Серов. Их память почтили минутой молчания.

1. А.А. Лякишев (НИИ Кардиологии им. А.Л. Мясникова РКНПК МЗ РФ; отдел атеросклероза). «Кардиальный синдром X».

В докладе обсуждалась проблема кардиального синдрома X. Даны критерии кардиального синдрома X: стенокардия напряжения, депрессия сегмента ST ишемического типа при функциональных тестах, ангиографически неизмененные коронарные артерии и нормальная функция левого желудочка. Изложены возможные причины болей в грудной клетке: кардиологические (коронароспазм, пролапс митрального клапана, синдром Горшина и др.) и некардиологические (патология пищевода, психосоматические нарушения и др.). Выделен ряд патологических состояний, сопровождающихся депрессией сегмента ST, без ишемии миокарда (гипертрофия левого желудочка, нарушения проводимости, тахикардии и др.) и показаны различные тесты диагностики ИБС. Коронарный синдром X имеет синонимы: микроваскулярная стенокардия (ИБС — макроваскулярная стенокардия), стенокардия при ангиографически неизмененных коронарных артериях. Подчеркнуто, что в выписках из истории болезни следует придерживаться термина Коронарный синдром X. Частота встречаемости этого синдрома составляет 10—30%. Далее докладчик представил клиническую картину синдрома (типичная или атипичная стенокардия, не специфические

изменения на ЭКГ и т. д.) и алгоритм его диагностики. Диагностика основана на клинических данных и результатах инструментального обследования (функциональные тесты, электронно-лучевая, и мультиспиральная компьютерная томография, дуплексное сканирование и коронарная ангиография). Лечение в основном эмпирическое. Показана психотерапия и медикаментозное лечение. Нитропрепараты, бета-блокаторы, иАПФ, и др. недостаточно эффективны, их можно не назначать, если точно установлен диагноз. В то же время подчеркнуто, что 80% больных с этим синдромом принимают различные препараты, вопреки советам врачей. В заключение приведены показания и противопоказания для проведения коронарографии.

Вопросы к докладчику

Вопрос М.П. Савенкова: «У больных с Коронарным синдромом X имеют место факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, что же их не нужно лечить?»

Ответ: «У больных с Коронарным синдромом X факторы риска развития ИБС встречаются реже и если нет изменений на ЭКГ и морфологических нарушений в сосудах, то они в медикаментозной терапии не нуждаются».

Вопрос П.А. Воробьева: «Что такое ИБС?»

Ответ: «Термин ИБС существует, при ИБС имеет место участок миокарда, куда не поступает кровь».

Вопрос П.А. Воробьева: «Куда делся термин климактерическая кардиомиопатия?»

Ответ: «Этот термин существует только в России. В США, Англии, Японии и др. странах такой синдром не выделяется и этот термин не используется».

Замечание М.Г. Глезер: «ИБС — это не болезнь, а собирательный термин. Формулируя диагноз, мы пишем ИБС, но ставим двоеточие и расшифровываем дальше (например, ИБС: атеросклероз коронарных сосудов и т. д.)».

2. Проф. А.Г. Евдокимова (ФЦДО МГМСУ, кафедра терапии №1). «Коронарный синдром X»

Термин Коронарный синдром X появился в 1973 г. Частота встречаемости Коронарного синдрома X достигает 20% и это заболевание входит в рубрику ИБС. Представив историю патогенеза Коронарного синдрома X, докладчик выделила 3 варианта его клинических проявлений (микрососудистая стенокардия, снижение внутреннего болевого порога, смешанный вариант) и изложила методы диагностики (функциональные тесты, селективная коронарография и др.), подробно остановилась на лечении. Медикаментозная терапия включает нитропрепараты, антагонисты кальция, бета-блокаторы, дезагреганты, антидепрессанты, транквилизаторы и умеренные физические тренировки. При этом акцентировала внимание на том, что из группы нитропрепаратов при Коронарном синдроме X предпочтение следует отдавать

«Моночинкве», из антагонистов кальция — «Алтиазему РР», а из бета-блокаторов — «Небилету» («Небиволол»). Прогноз больных, страдающих Коронарным синдромом X благоприятный, выживаемость — 96%.

Вопросы к докладчику

Вопрос: «Вы определяли электролитный обмен при Коронарном синдроме X?»

Ответ: «Нет, мы не определяли, но обычно снижается ионизированный Са».

Вопрос: «Если у больного с Коронарным синдромом X на фоне антиангиальной терапии остаются боли стенокардитического характера, что делать?»

Ответ: «Уточнить диагноз, подобрать и комбинировать препараты».

3. Проф. М.П. Савенков (РГМУ). «Что такое синдром X».

Сообщение посвящено обсуждению проблемы тактики ведения больных с ИБС, неизмененными коронарными артериями и метаболическими нарушениями (метаболический синдром X). Подчеркнуто, что тактика ведения таких больных проводится в соответствии с имеющимися современными стандартами ведения больных со стабильной стенокардией. Если врачи не будут придерживаться такой позиции, то несмотря на благоприятный прогноз при Коронарном синдроме X, частые ошибки неизбежны и проблем будет больше.

4. К.м.н. Т.В. Шишкова выступила с неожиданным для ведущих заявлением, что во многих случаях обсуждаемой патологии, не распознается климактерическая кардиомиопатия. Этот синдром подробно описан ею совместно с А.И. Воробьевым еще в конце 60-х годов, вышло 3 издания книги «Кардиалгии», где подробно освещается клиника и терапия этого состояния. Однако современная кардиология совсем не признает климактерической кардиомиопатии, абсолютно не известна она западным коллегам. Нередко это заболевание диагностируют как инфаркт миокарда, мелкоочаговый или без Q зубца, хотя подробный опрос и динамика клинической картины позволяет легко разобраться в диагнозе. Председательствующие выразили неудовольствие вмешательством Таисии Владимировны в плавное течение заседания, заявив, что климактерическая кардиомиопатия это нечто совсем другое, далекое от обсуждаемой темы.

Заключение

В заключение М.Г. Глезер еще раз акцентировала внимание присутствующих на том, что Коронарный синдром X — это, прежде всего, боли стенокардитического характера при которых изменения коронарных артерий не выявляются, подтверждений на ЭКГ не отмечается. Вместе с тем это не значит, что их не следует лечить. Эта группа больных требует более детального обследования, своевременной коррекции факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний.

Заседание закончилось розыгрышем призов.



Начало на стр. 1 ↗

ны, где нет ни одного больного с гемофилией, вместо 1,5 миллионов больных с болезнью Виллебранда в стране зарегистрировано лишь 4–5 тысяч человек. Но статистика сюда не распространяется, ей эта тема безразлична.

В стране существовало 2 медицины — одна — развивающаяся, приоритетная, высоконаучная и высокотехнологичная для жителей больших городов, фактически — для избранных, другая для всех, для народа. И везде устроена медицина была по нисходящей: в городе — кое-как, в деревне — никак. Одно большое 4-е управление, в которое вкладывали деньги и умы, и один большой ГУЛАГ.

Мы занимались и занимаемся самообразованием, уничтожением самих себя, а для таджиков мы люди сторонние. Может быть и свои, доморожденные были бы не лучше, чем завоеватели. Этим и объясняется тональность книги: присылали «сверху» ответственных товарищей, держали, поощряли и крышевали их «сверху», а «низ» мог только подчиняться и терпеть.

Понимаю: не нравится слушать про себя неприятные вещи. Часто мне говорят — большинство врачей хорошие, это вы отдельные некрасивые факты освещаете. А так, в целом, все ведь нормально. И врачи больных любят, денег с них не берут. Любая больная может получить все, что ему нужно. Как мы любим опустить голову в песок и верещать — лучшая система, лучшая система, все для народа, все для народа, бесплатно, бесплатно.

Вопрос не персональный, здесь нет обвинения конкретным людям — речь о человеконенавистнической системе: ее создали сознательно или бессознательно и продолжают поддерживать. Люди — лишь исполнители законов этой системы, винтики. Система растет и развивается сама, поглощая все новые и новые жертвы. Как среди пациентов, так и среди врачей.

И еще. В одном из переложений фундаментальные законы термодинамики гласят: нельзя выиграть, нельзя проиграть, нельзя прервать и нельзя выйти. Покой нам только снится...

П. Воробьев

В то время как в нашей системе здравоохранения никак не удается добиться, чтобы налоги граждан не тратились на бессмысленные госпитализации беременных, церебральные, иглоукалывания и капельницы, в мире происходит масса интересного. Некоторые достижения просто замечательны и открывают захватывающие перспективы в управлении здравоохранением.

Национальная служба Великобритании NHS завершила переговоры с Янссен-Силаг (Я-С) о плане возмещения расходов на новое средство против миеломной болезни — бортезомиб (Велкейд). План предусматривает, что компания возвращает NHS расходы на Велкейд по каждому пациенту, которому он применялся по показанию и не вызвал улучшения. Естественно, сначала Я-С пыталась получить для своего нового и дорогого средства полное покрытие, т.е. чтобы NHS оплачивала такое лечение всем больным. Это не удалось.

Напомним, что в России — удалось. Велкейд, якобы, доступен всем больным с миеломной болезнью, в том числе он включался в Перечень ДЛО. В этот перечень входит еще один препарат с судьбой, разной для России и Англии — интерферон-бета, применяемый для лечения рассеянного склероза. В Англии его расценили как плохо изученный и слишком дорогой, а в России быстро одобрили и внесли во все списки. В том числе и в Перечень ДЛО. И якобы он у нас доступен больным. В действительности, конечно, ни тот ни другой препарат недоступны, зато система ДЛО явно из гад-

кого утенка преобразуется не в лебедя, а, скорее, в скарабея. Заметим, что если бы не было неразумного решения об предоставлении больным рассеянным склерозом интерферона-бета, в списке так называемых «дорогостоящих болезней» было бы на одну болезнь меньше. Там не было бы рассеянного склероза. Я не могу пока привести доказательства в цифрах, но мои надежные друзья — чувства и опыт — подсказывают, что предлагаемое выделение так называемых «дорогостоящих болезней» приведет к формированию еще одной программы, ущербной по причине несоответствия заявленных потребностей выделенному финансированию.

Второе достижение еще интереснее. В США, в программе Medicare, в которой получают бесплатную помощь пенсионеры, онкологические больные и некоторые другие группы граждан, принято очередное решение об ограничении возмещения больницам. Больницам не будут возмещать расходы, понесенные на лечение внутрибольничных осложнений (т.е. именно возникших в стационаре): инфекции связанные с катетеризацией сосудов и мочевого пузыря, пролежни, изъятие предметов, оставленные в теле в ходе операций, воздушная эмболия, переливание несовместимой крови, медиастиниты, травмы в результате падений. Возможно, вскоре к этому добавятся связанная с ИВЛ пневмония, сепсис Золотистым стафилококком и другие.

Представляя перспективу такого в нашей системе... Да. Это надо делать! Срочно.

В. Власов

В то время...

Уважаемые господа!

В 2008 году издательство «Ньюдиамед» начинает выпуск нового журнала ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА И КЛИНИЧЕСКАЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

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

В журнале:

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

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

Подписаться на наш журнал вы можете:

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

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

Ваш адрес просим указывать ПЕЧАТНЫМИ буквами.

Ф.И.О. подписчика	Почтовый адрес доставки (индекс обязательно)	1 полугодие						2 полугодие					
		Номера журнала											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
		Цена одного номера в руб.											
		500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500
		ИТОГО (впишите сумму):											

НАШИ РЕКВИЗИТЫ: Банк получатель: АКБ «Стратегия» (ОАО), ИНН 770 224 522 0, БИК 044 579 505, КПП 770 201 001, К/с 301 018 100 000 000 005 05, Р/с 407 028 105 000 000 004 85.

Квитанцию о переводе оплаченной Вами суммы и бланк-заказ высылайте по нашему адресу:

115446, Москва, Коломенский проезд, 4, ГКБ № 7, Издательство «Ньюдиамед».

При необходимости, издательство выставляет счет. Тел./факс: (499) 782-31-09, (495) 609-13-57

E-mail: mtpndm@dol.ru, balch@dol.ru, www.zdravkniga.net, www.zdrav.net, www.rspor.ru.

В платежном поручении и в почтовом переводе обязательно указать:

■ в графе «Получатель» — ООО «МТП Ньюдиамед»;

■ в графе «Назначение платежа» — адрес доставки,

■ стоимость дана с учетом НДС (10%).

ИнтерНьюс

Рынок лекарств растет. Но не туда...

По данным исследовательской компании DSM Group, объем аптечных продаж лекарственных средств в РФ в первом полугодии 2007 г. увеличился на 18,2% по сравнению с аналогичным периодом 2006 г. и достиг объема 3,4 млрд долл. в розничных ценах. Однако по прогнозу DSM Group, весь рынок лекарств (коммерческий, госпитальный сегменты и ДЛО) вырастет по итогам 2007 г. лишь на 10–12% (что гораздо меньше 35% роста в 2006 г.) и превысит объем 11 млрд долл. Основная причина снижения темпов роста рынка — это уменьшение объема сегмента ДЛО, и рост аптечных продаж лекарств не может скомпенсировать это падение в государственной программе. Возмутителем спокойствия, безусловно, стали российские компании: Фармстандарт, перешел с 5-го на 2-е место, увеличив объемы продаж на 67%. Сразу два бренда этой компании вошли в первую десятку по рынку: Арбидол (1 место) и Пенталгин (10 место). Другой российский производитель, «Отечественные лекарства» вырос еще больше на — 73%. Это позволило компании впервые попасть в двадцатку лидеров среди производителей.

Очень агрессивно ведет себя Lek DD с темпом прироста в 35%. Успех компании обусловлен стремительным взлетом бренда Линекс, который переместился с 17-го на 7-е место, увеличив объем продаж на 61%. Также можно отметить Nyscomed с темпом роста в 31%, чей препарат Конкор ворвался в Топ-20 по коммерческому рынку (16,4 млн долл., +60% к 1П 2006г.). Nyscomed не ограничивается выпуском только лекарственных препаратов, а активно проявляет себя и на рынке БАДов, занимая 4 место. Темп роста Никомеда на рынке БАД внушительный: +67%. Наиболее популярный БАД, производимый этой компанией, — Геримакс, чьи продажи с прошлого года выросли более чем в 2 раза (5,4 млн долл., +107% к 1П 2006г.). В рейтинге аптечных продаж на 11-м месте появилась компания Bayer Shering Pharma AG, которая была создана в начале 2007 г. в результате слияния фармацевтических компаний Bayer AG и Shering AG. По итогам 2006 г. компания Shering AG занимала 13 место в аптечных продажах с долей 1,7%, а компания Bayer AG в аналогичном рейтинге занимала место в 6 десятке с долей 0,5%.

Во 2-й десятке наибольшего прогресса добились компания Boehringer Ingelheim с темпом прироста в 58%. Это произошло за счет почти 2-кратного увеличения продаж своих лидеров: Мовалиса и Лазолвана. Компании Pfizer и Servier приросли на 11 и 12% соответственно, но при росте всего рынка на 18% эти производители начали терять свои доли.

Среди производителей наиболее популярных лекарственных препаратов присутствуют 3 российские компании: Фармстандарт, Фармасофт, Материя Медика. В Топ-20 вошли такие препараты как Мексидол (Фармасофт) и Анаферон (Материя Медика). Их высокие показатели обусловлены как хорошими потребительскими свойствами, так и агрессивной маркетинговой политикой.

В первом полугодии этого года произошло знаковое событие: многолетний бессменный участник Топ-5 аптечных продаж настойка боярышника сдал свои позиции. Объем продаж сократился на 40% (26,7 млн долл. до 15,7 млн долл.), и с 4 места он опустился на 20. Аналогична ситуация с настойкой перца стручкового, который переместился с 13 на 28 место в рейтинге продаж (объем продаж уменьшился на 8%: с 15,6 млн долл. до 14,3 млн долл.). Дало результаты стремление государственных органов сократить продажи спиртосодержащей продукции через аптечные учреждения и работа правоохранительных органов по выявлению нелегальных производств этого препарата. Объем импорта лекарственных средств в Россию за период январь-май 2007 г. упал по сравнению с аналогичным периодом 2006 г. на 17%. Совокупный объем импортных поставок составил 2,26 млрд долл., что значительно ниже показателей 2006 года (2,95 млрд долл.). Такое большое падение импортных поставок произошло впервые с момента кризиса 1998 года. Наиболее значимой причиной столь высокого падения, является неясность с выплатами за поставленные в 2006 году импортные лекарства в рамках программы ДЛО. И западные производители, и российские дистрибьюторы могли скорректировать прогнозы продаж по России. Кроме того, в логистической цепочке программы ДЛО в течение 2006 года сформировались высокие товарные запасы. Эти два фактора и привели к падению объема импорта в 2007 году. Наибольшее падение импорта в 2007 г. отмечается у таких западных производителей как Servier (-27%), GSK (-33%), Solvay (-29%). На финансирование Программы ДЛО в 2007 году государством выделено 34,9 млрд руб. (1,4 млрд долл.). По данным Росздравнадзора по итогам первого полугодия 2007 г. в регионах было отпущено лекарственных препаратов на сумму более 21 млрд руб. (840 млн долл.), что составляет более 50% от бюджета ДЛО этого года. По итогам 2007 г. объем отпущенных лекарств по программе ДЛО может составить 50 млрд руб. (2 млрд долл.). Таким образом, на закупку лекарств для льготников в 2007 г. может не хватить 15 млрд руб. (600 млн долл.). В настоящий момент остается непогашенным долг 2006 г. в размере более 20 млрд руб. (800 млн долл.) Общая сумма долга по итогам 2006–2007 годов может составить около 40 млрд руб. (1,6 млрд долл.). По мнению аналитиков DSM Group, до сих пор нет нормативных документов описывающих механизм и позволяющих полностью закрыть долги 2006 г. Хотя выделенные дополнительные бюджетные средства и резервы ФФОМС способны полностью закрыть дефицит средств 2006 и 2007 г.

Источник: www.retailstudio.org

ИнтерНьюс

Названы лидеры развития лекарственно-агранулоцитоза

Агранулоцитоз определяется как снижение числа нейтрофилов менее $0,5 \times 10^9/л$. Он может индуцироваться не цитотоксическими препаратами, которые не применяются для химиотерапии, и является редким побочным иммунологическим эффектом. Был проведен систематический поиск описаний случаев развития агранулоцитоза, связанного с приемом не химиотерапевтических лекарств в MEDLINE (1966—2006 гг.) и EMBASE (1989—2006 гг.). Обнаружено 672 публикации о 980 случаях агранулоцитоза. Критериями исключения из обзора были: отсутствие индивидуальных данных пациента, недостаток клинических или лабораторных данных, содержание нейтрофилов более $0,5 \times 10^9/л$, применение цитостатических препаратов, апластическая анемия, намеренная или случайная передозировка препарата, врожденный агранулоцитоз, циклическая нейтропения, нейтропения как проявление основного заболевания, возраст моложе 18 лет. Согласно категориям ВОЗ, случаи агранулоцитоза рассматривались как «определенные» 56 (6%), «вероятные» 436 (44%), «возможные» 481 (49%) и «маловероятные» 7 (1%).

Определенно или вероятно виновниками агранулоцитоза были 125 препаратов. Более 10 случаев связано с карбимазолом, клозапином, дапсоном, дипирином, метимазолом, пенициллином G, прокаинамидом, пропилтиоурацилом, ритуксимабом, сульфасалазином и тиклопидином. Доля больных, у которых применялись колониестимулирующие факторы увеличилась с 35% в 1990—1994 гг. до 65% с 1995 г.; продолжительность нейтропении снизилась с 9 суток у нелеченных до 8 суток при использовании факторов роста ($p = 0,015$).

Источник: MedMir

В Канаде родился первый младенец из незрелой яйцеклетки, доведенной до созревания в лабораторных условиях

Канадские исследователи в настоящее время наблюдают еще за 3 пациентками, забеременевшими при помощи аналогичной процедуры. Это первые описанные случаи успешного оплодотворения яйцеклеток, созревших *in vitro*. Отчет об исследовании представлен на конференции в Лионе по проблемам искусственного оплодотворения. Обычно для экстракорпорального оплодотворения используются яйцеклетки, извлеченные из яичников перед началом овуляции. При этом женщины-доноры вынуждены принимать стимулирующие овуляцию гормональные препараты, использование которых может привести к серьезным побочным эффектам. К заморозке яйцеклеток для ЭКО часто прибегают пациентки с онкологическими заболеваниями, которым грозит бесплодие после химиотерапии. В то же время при некоторых формах рака гормональные стимуляторы овуляции могут ускорить рост опухоли и повысить вероятность образования метастазов. Отсрочка начала химиотерапии для сохранения яйцеклеток также может увеличить риск неблагоприятного исхода лечения. Впрочем, как указывают исследователи из канадского университета МакГилла, женщины с онкологическими заболеваниями к их исследованию не привлекались. Все участницы эксперимента страдали поликистозом яичников — заболеванием, при котором созревающие яйцеклетки не выходят из фолликулов и перерождаются в кисты. При такой патологии стимуляция яичников часто оказывается неэффективной, поэтому созревшие яйцеклетки в лаборатории остается для пациентки единственной возможностью забеременеть. Из 20 участниц, которым были имплантированы оплодотворенные яйцеклетки, забеременеть смогли только четыре. Одна из этих женщин уже родила здорового младенца, трое других по-прежнему остаются под наблюдением. По словам представителя Британского общества искусственного оплодотворения Л. Шоу, высокий процент неудачных исходов говорит о том, что новый способ оплодотворения требует большего числа попыток и большего расхода эмбрионов. Тем не менее, полагает Шоу, новая техника искусственного оплодотворения может оказаться наиболее предпочтительной в тех случаях, когда стандартная процедура ЭКО невозможна или связана с повышенным риском осложнений.

Источник: <http://www.medportal.ru>

Уважаемый Павел Андреевич! Адресуется к Вам «семья философов» Полгода получаю Вашу замечательно интересную, чрезвычайно полезную для нас газету — хотя формально мы не медики. Вы щедро отозвались на просьбу главы нашей «домашней лаборатории» — Д.П. Подкосова о высылке нам газеты. Спасибо! Спасибо!

Нам следует подать «знаки жизни», и, в свою очередь, послужить Вам (попытаться хотя бы). Предложение наше может показаться нескромным, но и отмалчиваться, уже полгода получаю газету, тоже — не совсем благообразно. Так что — пойдем на риск! Прежде всего — о главной теме, в которой мы вместе дружно работаем. «Мы» — это: Дмитрий Петрович Подкосов — канд. философ. наук, доцент МГПУ Галина Викторовна Папэ — журналист, культуролог-философ (она и составляет это письмо).

Итак, центральная тема: «Эволюционное самосохранение: философский парадокс живой системы». Радиально от этого центра исходят темы более частные:

- Человек как биосистема с эволюционно-энергетическим зарядом
- Психостатус человека и качество сопротивления болезням
- Связь в едином Субъекте психосоматических заболеваний Индивида и эмоционально-духовного содержания Личности.

Возможно, тематика смотрится устрашающе тяжеловесной, но мы, преданные ее всерьез и добросовестно, все же вполне способны на добротную (и даже веселую) популяризацию ее прикладных аспектов.

Исходя из этого, Павел Андреевич, мы и рискуем подкачать идею для Вашей газеты: «Взгляд со стороны». Почти «развлекающая» рубрика. Форма — маленький этюд, эссе. Для примерного знакомства прилагаем как раз такой материал. («Нозопсихология»)

При этом спешим оговориться, что если наша идея покажется неуместной по какой-то причине, то мы будем удовлетворены хотя бы тем, что не оказались невежливы. Ну, а если, Павел Андреевич, Вам придется по вкусу такой редакторский ход, то постараемся Вас не подводить.

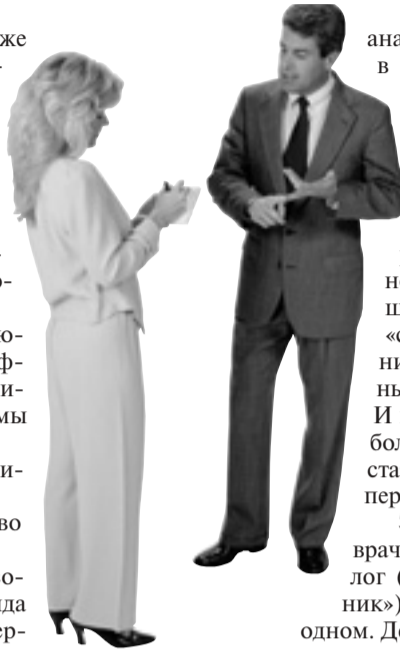
С добрыми пожеланиями.

«НОЗОПСИХОЛОГИЯ»

(не совсем утопический этюд-проект)

Современный уровень медицинских и психологических знаний подталкивают к активной разработке отрасли медицинской науки — Психология болезни. Замечено, что симптоматика одной и той же болезни у разных людей имеет свои оттенки. Сопротивление организма у разных людей при одинаковом заболевании — качественно разное, и это связано не только с уровнем иммунитета и прочей индивидуальной органикой, но также и — с типом темперамента, характером, привычками психического реагирования. Как раз тут и необходим нозо-психолог...

Взгляд со стороны



Врачи-специалисты хороши тем, что «глубоко копают» в своем разделе медицины. Общей же терапевт вряд ли может лично справиться со всей панорамой медицинских знаний во всех ее подробностях. (Впрочем, этому могли бы сильно помочь специальные компьютерные программы в кабинете каждого терапевта. Тут мы «невменяемо», прямо-таки «туземно», отстаем от технических предложений нашего времени).

А вот кабинет нозо-психолога, безусловно, должен быть оснащен именно такими программами, на которые (как и на заключения специалистов, анализы и разную диагностику) он сможет опираться в поисках индивидуальной комбинации факторов слабости и факторов силы организма у каждого больного особо.

Эта «особость» как раз и будет «полем продуктивного действия» нозо-психолога, который профессионально сумеет учесть психо-ресурс больного, повысить его, мобилизовать, уже с развитием, на сопротивление болезни. Методы разносторонны: в каких-то случаях потребуются просвещать больного, в каких-то — просто взбодрить и дать «стратегическую картинку победительного поведения», в каких-то даже — внедриться в смыслжизненные аспекты, установки отношения ко всему на свете. И все это — с учетом индивидуального психо-статуса больного, степени возможной санации этого психо-статуса, податливости к развитию его «точки роста», перспективы целительного расширения сознания.

Это должен быть не просто широкопрофильный врач, но и одаренный интуицией, действенный психолог (+ даже в некотором роде — влияющий «наставник») а также увлеченный исследователь. Все три — в одном. Дефицитность такого качества кадров не должна останавливать: коль скоро есть тенденция, которая обещает своим развитием обогатить клинические возможности — надо на нее отвечать, А люди отыщутся...

Для составления медицинских компьютерных программ необходимо:

- философия медицины на доступном высоком уровне (избранная концепция)
- корректнейший словарь (в плане концепт-интерпретаций терминов)
- глубокие корреляции — зависимости, взаимосвязи по широким фронтам, в уровнях:
- функционирования органов и систем (на фоне «психотипа»)
- глубинной биохимии
- синергизма органов и систем
- условного антагонизма органов и систем (обратно-зависимая регуляция продукта и пр.)
- центрально-нервной «самообороны» (экономная акцептация и др.)
- композиций синдромов, симптомов
- фармакологических композиций (оптимизация для данного организма даже с учетом уровней «спорящих точек зрения» на предмет.

Задача авторов этого текста скромна — всего лишь обратить внимание читателя на богатый потенциал, вполне реализуемый благодаря современным информационным технологиям. Только бы нашлись и сплотились энтузиасты.

«Семья философов»: Папэ Г.В., Подкосов Д.Л.

Уважаемые коллеги, читатели журнала

«ПРОБЛЕМЫ СТАНДАРТИЗАЦИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ»

подписаться на наш журнал вы можете:

- Через агентство РОСПЕЧАТЬ, каталог «ГАЗЕТЫ И ЖУРНАЛЫ» Индекс журнала — 79284.
- Через редакцию журнала, заполнив бланк-заказ и оплатив указанную сумму (журнал высылается по Вашему адресу в конверте).

В платежном поручении и в почтовом переводе в графе «Получатель» обязательно указать ООО «МТП НЬЮДИАМЕД»

Бланк-заказ на подписку журнала на 2008 год в редакции

(журнал высылается по Вашему адресу в конверте).

Ваш адрес просим указывать ПЕЧАТНЫМИ буквами.

Ф.И.О. подписчика	Почтовый адрес доставки (индекс обязательно)	1 полугодие		2 полугодие									
		Номера журнала											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
		Цена одного номера в руб.											
		35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35
		ИТОГО (впишите сумму):											

Квитанцию о переводе оплаченной Вами суммы и бланк заказа высылайте по адресу: 115446, Москва, Коломенский пр., 4, ГКБ 7, Кафедра гематологии и гериатрии ФПФОВ ММА им. И.М. Сеченова. Редакция журнала «Проблемы стандартизации в здравоохранении» тел./факс: (499) 782-31-09 E-mail: mtpndm@dol.ru, www.zdrav.net, www.zdravkniga.net, www.rspor.ru

НАШИ РЕКВИЗИТЫ:

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

СТАНДАРТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

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

Эти стандарты мало доступны врачам.

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

Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

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

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

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

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

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

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

СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ МУКОВИСЦИДОЗОМ

1. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА

Категория возрастная: взрослые, дети

Нозологическая форма: Кистозный фиброз с легочными проявлениями, кистозный фиброз с кишечными проявлениями

Код по МКБ-10: E 84.0, E 84.1

Фаза: любая

Стадия: первичное обращение

Осложнение: вне зависимости от осложнений

Условие оказания: амбулаторно-поликлиническая помощь

Приложение
к приказу Министерства
здравоохранения и социального развития
Российской Федерации
от 22 ноября 2004 г. № 253

1.1. ДИАГНОСТИКА

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.31.009	Сбор анамнеза и жалоб общетерапевтический	1	1
A01.31.010	Визуальное исследование общетерапевтическое	1	1
A01.09.004	Перкуссия при болезнях легких и бронхов	1	1
A01.09.005	Аускультация при болезнях легких и бронхов	1	1
A01.14.003	Пальпация при болезнях печени и желчевыводящих путей	1	1
A02.01.001	Измерение массы тела	1	1
A02.03.005	Измерение роста	1	1
A11.12.009	Взятие крови из периферической вены	1	1
B03.016.03	Общий (клинический) анализ крови развернутый	1	1
B03.016.04	Анализ крови биохимический общетерапевтический	1	1
A12.09.001	Исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков (спирометрия)	1	1
A12.01.003	Исследование потоотделения кожи	1	1
A12.05.013	Генетическое тестирование с целью выявления мутаций гена МВТР	0,9	1
A09.09.004	Микробиологическое исследование мокроты	1	1
A09.08.001	Микробиологическое исследование смывов с верхних дыхательных путей	0,5	1
B03.016.10	Копрологическое исследование	1	1
A06.08.003	Рентгенография придаточных пазух носа	1	1
A06.09.008	Рентгенография легких	1	1
B03.052.01	Комплексное ультразвуковое исследование внутренних органов	1	1
A12.05.026	Исследование уровня кислорода крови	0,5	1
A12.05.033	Исследование уровня углекислого газа в крови	0,5	1
B01.004.01	Прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога первичный	0,25	1
B01.037.01	Прием (осмотр, консультация) врача-пульмонолога первичный	0,25	1

2. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА

Нозологическая форма: Кистозный фиброз с легочными проявлениями, кистозный фиброз с кишечными проявлениями

Код по МКБ-10: E 84.0, E 84.1

Фаза: любая

Стадия: Любая

Осложнение: Без осложнений

Условие оказания: амбулаторно-поликлиническая помощь

2.1. ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА НА 1 ГОД

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.31.009	Сбор анамнеза и жалоб общетерапевтический	1	5
A01.31.010	Визуальное исследование общетерапевтическое	1	5
A01.09.004	Перкуссия при болезнях легких и бронхов	1	5
A01.09.005	Аускультация при болезнях легких и бронхов	1	5
A01.14.003	Пальпация при болезнях печени и желчевыводящих путей	1	5
A01.05.003	Пальпация при болезнях органов кровотока и крови	1	5
A01.18.003	Пальпация при болезнях толстого кишечника	1	5
A02.01.001	Измерение массы тела	1	5
A02.03.005	Измерение роста	1	5
A11.12.009	Взятие крови из периферической вены	1	5
B03.016.03	Общий (клинический) анализ крови развернутый	1	5
A12.09.001	Исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков (спирометрия)	1	5
A09.09.004	Микробиологическое исследование мокроты	1	5
A09.08.001	Микробиологическое исследование смывов с верхних дыхательных путей	0,5	1
B03.016.10	Копрологическое исследование	1	5
A06.08.003	Рентгенография придаточных пазух носа	0,2	1
A06.09.008	Рентгенография легких	1	2
B03.052.01	Комплексное ультразвуковое исследование внутренних органов	1	2
B03.016.04	Анализ крови биохимический	1	1
A12.05.026	Исследование уровня кислорода крови	1	5
A12.05.033	Исследование уровня углекислого газа в крови	1	5
B01.031.01	Прием (осмотр, консультация) врача педиатра повторный	1	5
B01.047.01	Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта повторный	1	5
B01.004.01	Прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога первичный	1	2

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
B01.013.01	Прием (осмотр, консультация) врача-диетолога первичный	1	1
B01.034.01	Прием (осмотр, консультация) врача-психотерапевта первичный	1	1
B01.028.01	Прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога первичный	1	2
B01.020.01	Прием (осмотр, консультация) врача лечебной физкультуры	1	5
A19.09.001	Лечебная физкультура при заболеваниях бронхолегочной системы	1	5
A19.09.002	Дыхательные упражнения дренирующие	1	5
A25.31.001	Назначение лекарственной терапии при не уточненных заболеваниях	1	5
A14.12.001	Уход за сосудистым катетером	1	15

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД**	ЭКД***
Средства, влияющие на органы дыхания			1		
<i>Противоастматические средства</i>			1		
		Дорназа альфа	1	2,5 мг	912,5 мг
		Сальбутамол	0,4	400 мкг	146 000 мкг
		Фенотерол/ипратропия бромид	0,6	4 дозы	1460 доз
		Формотерол/будесонид	0,2	2 дозы	730 доз
		Формотерол	0,2	24 мкг	8 760 мкг
		Аминофиллин (инъекц.)	0,1	300 мг	4 200 мг
		Беклометазон	0,1	500 мкг	182 500 мкг
		Будесонид	0,05	500 мкг	182 500 мкг
		Флутиказон	0,2	250 мкг	91 250 мкг
<i>Прочие средства для лечения заболеваний органов дыхания, не обозначенные в других рубриках</i>			0,5		
		Ацетилцистеин	1	1000 мг	365 000 мг
Препараты для лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта			0,95		
<i>Панкреатические энзимы</i>			0,95		
		Панкреатин	1	330 тыс. ЕД липазы	120 млн ЕД липазы
<i>Антациды и другие противоязвенные средства</i>			0,5		
		Омепразол	0,25	20 мг	7300 мг
		Ранитидин	0,25	300 мг	109 500 мг
<i>Слабительные средства</i>			1		
		Лактулоза (сироп)	0,3	20,0 мл	1800,0 мл
<i>Средства для лечения печеночной недостаточности</i>			1		
		Урсодезоксихолевая кислота	1	0,75 г	273,75 г
Средства для профилактики и лечения инфекций			1		
<i>Антибактериальные средства</i>			1		
		Доксициклин	0,2	100 мг	2800 мг
		Ципрофлоксацин	0,6	1 г	63 г
		Ко-тримоксазол	0,3	240 мг	6720 мг
		Оксациллин	0,1	2 г	56 г
		Азитромицин	0,6	250 мг	30 417 мг
		Кларитромицин	0,3	250 мг	30 417 г
		Моксифлоксацин	0,1	400 мг	11 200 мг
		Амоксициллин/клавулановая кислота	0,1	1,875 г	78,75 г
		Хлорамфеникол	0,1	1 г	28 г
		Гентамицин	0,4	240 мг	72 000 мг
		Цефтриаксон	0,4	1,5 г	42 г
<i>Противогрибковые средства</i>			0,25		
		Флуконазол	0,8	100 мг	2100 мг
		Итраконазол	0,2	100 мг	2100 мг
Гормоны и средства, влияющие на эндокринную систему			0,1		
<i>Неполовые гормоны, синтетические субстанции и антигормоны</i>			0,1		
		Преднизолон	0,8	30 мг	1800 мг
		Метипреднизолон	0,2	24 мг	1440 мг

* — анатомо-терапевтическо-химическая классификация.

** — ориентировочная дневная доза.

*** — эквивалентная курсовая доза.

Уважаемые коллеги, читатели газеты
«ВЕСТНИК МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ
МОСКОВСКИЙ ДОКТОР»

подписаться на нашу газету вы можете:

1. Через агентство РОСПЕЧАТЬ, каталог «ГАЗЕТЫ И ЖУРНАЛЫ». Индекс газеты — 19412.
2. Через редакцию газеты, заполнив бланк-заказ и оплатив указанную сумму (газета высылается по Вашему адресу в конверте).

В платежном поручении и в почтовом переводе в графе «Получатель» обязательно указать ООО «МТП НЬЮДИАМЕД»

Бланк-заказ на подписку газеты на 2008 год в редакции

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

Ваш адрес просим указывать ПЕЧАТНЫМИ буквами.

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

115446 Москва, Коломенский пр., 4, ГКБ 7, Кафедра гематологии и гериатрии

ФПОВ

Тел./факс (499) 782-31-09.

E-mail: mtpndm@dol.ru

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

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

Современная неврология достигла больших успехов как в диагностике, так и в лечении заболеваний нервной системы. Внедрение в клиническую практику методов визуализации нервной системы (рентгеновская компьютерная томография, магнитно-резонансная томография) поставили на новый уровень диагностику заболеваний головного и спинного мозга, позволили выявлять патологию при ее бессимптомном течении, осуществлять динамическое наблюдение за патологическим процессом в нервной системе.

Сегодня неврология имеет в своем арсенале очень серьезные методы лечения, лекарственные средства. Эпилепсия — контролируемое состояние, без припадков, при регулярной терапии у 80% пациентов. При болезни Паркинсона мы сегодня «дарим» до 10–15 лет нормальной жизни.

Чудеса делают нейрохирурги при лечении аневризм и сосудистых мальформаций. В остром периоде инсульта помогает тромболитис, ранняя реабилитация; если случился у человека переходящий эпизод нарушения мозгового кровообращения (транзиторная ишемическая атака) и начали его в дальнейшем адекватно лечить, то многократно снижаются риски и спасаем этого человека от инвалидности или смерти на долгие годы. Еще недавно болезнь Альцгеймера была приговором, сейчас с этим больным уже можно облегчить состояние.

В формировании врача громадное значение имеют учителя, показавшие ему искусство постановки диагноза и ведения больного. Мне преподавала нервные болезни в Первом московском медицинском институте доцент Алла Григорьевна Грушина, обаятельный, открытый человек. Я занимался у нее в студенческом кружке, потом был старостой кружка. В дальнейшем — клиническая работа в ординатуре и аспирантуре под руководством профессора Горбачевой Фаины Ефимовны. Последние лет 15 работаю под руководством академика Николая Николаевича Яхно, он для меня — ориентир. На мой взгляд, в настоящее время Николай Николаевич — лучший невролог в России. С ним интересно работать и, что очень важно, он помогает другим реализовать свои возможности. Он ставит для себя высокую планку и также — для других. Николай Николаевич старается внедрять все современные методы диагностики и лечения болезней нервной системы в повседневную практику. Предложенные им методы ранней диагностики и лечения расстройств памяти и других когнитивных (познавательных) функций представляют одно из наиболее интересных и перспективных направлений современной неврологии.

Насколько бы человек не был талантлив, если ему не посчастливится встретить талантливых учителей, то реализоваться очень редко, кому удается. Сколько талантливых людей с большими возможностями ничего не достигли. Ходит такая легенда о Наполеоне, который, идя по какому-то городу, встретил сапожника и очень долго с ним разговаривал, потом все удивлялись, о чем он мог с этим простолудинком столько говорить. А Наполеон ответил, что если б этот человек был в моей армии, то мог достигнуть неизвестно каких высот, мог бы стать маршалом, если бы...

Для того чтобы стать современным неврологом, необходима долгая и кропотливая работа под руководством опытных учителей. Большое значение в этом аспекте имеет обучение в аспирантуре, написание диссертационной работы. Ученики реализуют в своих исследованиях замыслы, идеи своих руководителей. Аспирант, выполняя работу, получает определенный багаж знаний, умений, навыков, которые ему позволяют в дальнейшем быть врачом, исследователем, а также получить представление о многих еще не решенных проблемах в медицине.

В современной неврологии имеется много наболевших вопросов. Неврологи очень любят диагноз «Хроническое цереброваскулярное заболевание» или «Дисциркуляторная энцефалопатия», за которым часто скрываются другие болезни нервной системы, например, головные боли напряжения, заболевания периферического вестибулярного аппарата или

тревожные расстройства. Почему-то у нас неврологи верят в то, что сосудистые заболевания мозга преобладают, даже у детей. У ребенка заболела голова, маму отправляют с ним на исследование сосудов мозга, и, конечно, она, сосудистая патология, подтверждается по данным реоэнцефалографии (метода, который уже давно не используется для диагностики заболеваний нервной системы в большинстве стран). Ну это же смешно. Вместе с тем не оцениваются эмоциональное состояние ребенка, плохая организация его отдыха, недостаточность физических нагрузок и многое другое.

К сожалению, многим пациентам, страдающим тревожными расстройствами, часто не устанавливается правильный диагноз и вследствие этого не назначается эффективное лечение. Проведенные нами исследования показали, что значительная часть пациентов, направляемых на консультацию к неврологу с предварительным диагнозом хронического цереброваскулярного заболевания, имеют тревожные расстройства. При этом многие из них длительное время и преимущественно безрезультатно принимают лекарственные средства, улучшающие кровообращение головного мозга и метаболические процессы в нем. Рациональная психотерапия, разъяснение пациенту благоприятного во многих случаях течения заболевания, назначение эффективных лекарственных средств позволяют существенно улучшить его состояние, повысив при этом качество его жизни.



ОБЩИЙ АНАЛИЗ от В. Парфенова СОВРЕМЕННЫЙ НЕВРОЛОГ

Для улучшения неврологической помощи населению требуются очень большие денежные средства. Но у нас проблемы, в частности в неврологии, не только в отсутствии денег. Денег в медицину можно дать сколько угодно, и они могут уйти как вода в песок, не принеся достойного результата. Очень много организационных вещей не решено. Не просто нужно купить современный компьютер, но и поддерживать его состояние, обеспечить квалифицированный штат сотрудников. На какие-то дорогие вещи иногда находят средства, а на реабилитацию, психологическую помощь, отдала от которых не меньше, средств и времени часто не находится. На полноценное ведение больных инсультом нужно много денег, нужны мультифункциональные реабилитационные бригады, адекватная помощь со стороны общества больным, перенесшим инсульт и получившим инвалидность.

Одной из новых и, на мой взгляд, существенных возможностей улучшения диагностики и лечения нервных болезней может быть участие пациентов в клинических исследованиях, которые проводятся под руководством ведущих мировых специалистов. Для больных, участие в исследовании — это возможность получить адекватную, бесплатную, зачастую очень дорогую терапию, регулярное бесплатное врачебное наблюдение, обследование, причем, по многу лет. И если пациенты не соглашаются на участие в исследовании, то во многих случаях это значит, их врачи сами не понимают, что это в интересах пациента, и не могут до них донести. Причем, чем выше интеллект, образование у пациента, тем выше шанс, что он согласится на участие в этих исследованиях. Для врача же участие в исследованиях это еще и очень хорошая профессиональная реализация. Без проведения таких исследований не возможно дальнейшее развитие медицины, совершенствование диагностики и лечения болезней нервной системы.

Современная неврология имеет в своем арсенале большое количество высоко информативных инструментальных методов обследований, значение которых трудно переоценить, но ведущими были и остаются клиническое мышление, чуткое отношение к пациенту, сострадание к его недугам и вера в возможность излечения.

ИнтерНьюс

Сильное эмоциональное потрясение может вызвать разрыв сердца

Несмотря на то, что большинство представителей медицинского сообщества не признает «диагноз разбитого сердца», врачи все чаще сталкиваются с необъяснимыми смертельными случаями, которые связаны с личными трагедиями. Эмоциональное состояние человека, работающее на подсознательном уровне, может воздействовать на сердечную функцию, считает доктор М. Свинэй из Военно-медицинской школы Гарварда (США). Многие психиатры и кардиологи пробовали понять, почему некоторые люди внезапно умирают после трагических новостей или напряженных событий, если до этого они не имели никаких проблем со здоровьем и истории сердечной болезни. По словам профессора Т. Камарка из Университета Питсбурга, в этом состоянии главную роль играет адреналин. Когда он исчезает в пределах артерий, формируя фатальные блокировки, это может привести к неожиданному смертельному исходу. Факторами риска является сидячий образ жизни, неправильное питание и курение. Однако не только негативные эмоции могут довести до смерти — в медицинской практике известен случай, когда мужчина умер от радости после полученных 300 удачных счетов, играя в боулинг.

Источник:
www.ami-tass.ru

На посту не спят

Исследования, проведенные американскими учеными, показывают, что более 1/3 работников охраны правопорядка страдают расстройствами сна и засыпания. Это неудивительно с той точки зрения, что они являются самой большой популяцией работников с ненормированным рабочим графиком и сменами в ночное время. Графики работы изменяются очень часто и человеческому организму каждый раз требуется время на приспособление к ним. Работники, работающие по меняющимся сменам, такие как диспетчеры транспортных средств и медицинские работники, имеют в среднем на 2 часа меньше сна, чем люди в среднестатистической популяции. Это происходит из-за того, что работающие по сменным графикам вынуждены каждый раз приспособиваться к новому расписанию. Адаптация приводит к проблемам с засыпанием и это «крадет» часы сна, которые должны быть потрачены на отдых. Недостаток сна чаще всего ассоциируется с такими заболеваниями как психологический дискомфорт, сахарный диабет и сердечно-сосудистые заболевания. В исследовании было определено, что 38,4% опрошенных имели проблемы со сном: самым частым нарушением было сонное апноэ (35,1%), на втором месте стояла бессонница (6,8%). По мнению экспертов, такая распространенность проблем со сном среди правоохранителей нуждается в активном выявлении и лечении, к примеру, в коррекции распорядка дня с помощью профилактических периодов сна длительностью в 35–90 минут. По словам специалистов, не пролеченные проблемы угрожают безопасности страны.

Источник:
www.mosmedclinic.ru

Больные с болезнью Крона живут меньше

Целью недавно проведенного систематического обзора был метаанализ смертности среди пациентов с болезнью Крона. На основании результатов, полученных в Medline, авторы пришли к выводу, что риск смерти, с поправкой на возраст, более чем на 50% выше среди пациентов с болезнью Крона, чем в общей популяции. Несмотря на то, что смертность значительно уменьшилась со времени описания заболевания, необходимо проведение широкомасштабных исследований для дальнейшего снижения этого показателя.

Источник:
Alimentary Pharmacology & Therapeutics,
6, 2007

ВНИМАНИЕ!

ДЛЯ НЕВРОПАТОЛОГОВ, ПСИХИАТРОВ, ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ, ТЕРАПЕВТОВ,
А ТАКЖЕ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ!

ВЫШЛА В СВЕТ НОВАЯ КНИГА!
ПРОТОКОЛ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ
БОЛЕЗНЬ ПАРКИНСОНА

Утверждено Заместителем Министра здравоохранения и социального развития Российской Федерации В.И. Стародубовым 14 января 2005 г.
Издательство НЬЮДИАМЕД
2006 г.



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

Протокол содержит четко регламентированную информацию о диагностике и лечении данного заболевания. Использование в Протоколе медицинских технологий обосновано результатами качественных клинических исследований в соответствии с требованиями доказательной медицины.

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

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

Заявки на приобретение можно направлять по адресу:
115446, Москва, Коломенский пр., д. 4, ГКБ № 7, издательство НЬЮДИАМЕД
E-mail: mtprndm@dol.ru Подробности на сайтах: www.zdravnet.ru и www.zdravkniga.net

ИнтерНьюс

Сдерживание своих эмоций может приводить к серьезным проблемам со здоровьем

Подавление эмоций ведет к повышению кровяного давления, истощению иммунной системы и повышению болевой чувствительности. Такие люди находятся в дистрессе, зачастую начинают злоупотреблять алкоголем или наркотическими средствами и расценивают других как своих врагов, находя различные причины в свое оправдание. Таким образом, процесс подавления эмоций приводит к изменению психического и физического состояния человека. Поэтому специалисты по эмоциям рекомендуют не подавлять эмоции, скажем злость или агрессивность, а научиться трансформировать их в положительном направлении, скажем, в настойчивость. Реально, человек каждый день испытывает злость или отрицательные эмоции, но их позитивная трансформация помогает реализовать эти чувства в социально приемлемом контексте с наименьшими энергетическими затратами для самого человека. В этом случае негативный эффект подавления и вытеснения эмоций не будет реализован. Более того, как считают специалисты, проявление (реализация) негативных эмоций в контролируемом режиме даже необходимо и приводит в баланс физиологические и психологические процессы.

Источник: www.vovremya.info

Увеличение индекса массы тела предсказывает риск инсульта у мужчин и женщин

К такому выводу пришли финские ученые во главе с д-ром Г. Ху (Университет Хельсинки), проанализировав данные 49996 мужчин и женщин 25–74 лет, исходно не имевших коронарной патологии или инсульта в анамнезе. За среднее время наблюдения 19,5 лет у 3228 человек развился инсульт, включая 674 случая геморрагического инсульта и 2554 случая ишемического инсульта. После поправки на возраст, курение, физическую активность, уровень образования, инсульт в семейном анамнезе, потребление алкоголя и т.д., оказалось, что по сравнению с мужчинами с нормальным весом, отношение рисков для инсульта в целом составляет 0,74 у худых мужчин (индекс массы тела, ИМТ, <18,5 кг/кв. м), 1,23 у мужчин с избыточным весом (ИМТ 25,0–29,9 кг/кв. м) и 1,59 у мужчин с ожирением (ИМТ не менее 30 кг/кв. м). Для риска ишемического инсульта эти показатели составляли 0,49, 1,27 и 1,70, соответственно. У женщин отношение риска для инсульта в целом, по сравнению с участницами с нормальным ИМТ, достигали 1,87, 1,08, 1,30, для ишемического инсульта — 1,81, 1,11 и 1,41. Абдоминальное ожирение (максимальные значения окружности талии или соотношения окружностей талии и бедер) было связано с повышением риска инсульта в целом и ишемического инсульта только у мужчин.

Источник: Arch Intern Med 2007;167:1420-7

Стремительное увеличение числа психических расстройств среди студентов отмечают американские психологи

Медицинский обзор Университета Мичигана, охвативший 2785 учащихся колледжей и университетов, указывает, что больше половины молодых людей имеет существенные признаки депрессии или других психических расстройств, но не ищет помощи для их предотвращения или лечения. Не смотря на наличие серьезных психоневрологических нарушений, от 37 до 84% студентов не обращались за помощью к специалисту. Однако 72% признавали, что задумывались о лечении своих психических расстройств, а приблизительно 10% получали антидепрессивную терапию с применением психотропных препаратов. Большинство учащихся, у которых наблюдались начальные симптомы расстройств психики, не было и 24 лет, при этом американские медики подчеркивают важность периода формирования приоритетов и основополагающих ценностей, имеющего долгосрочные значения для дальнейшей взрослой жизни человека. Полученные данные эксперты называют тревожными, поскольку в последнее время в этой возрастной категории отмечается широкое распространение различных психических расстройств.

Источник: cxid.info

За 106 лет, прошедших с момента присуждения первых Нобелевских премий, премии по физиологии и медицине присуждались 96 раз (семь лет ушло на мировые войны и дважды Нобелевский комитет не находил достойных кандидатов). Очень соблазнительно найти критерии «гениальности» среди нобелевских лауреатов, но, увы, ничего из этой попытки не выходит. Можно лишь говорить о некоторых тенденциях: они были невероятно энергичными людьми, чаще здоровыми и прожившими долгую жизнь. Молодыми (до 50 лет) умерли только трое (из них один погиб в катастрофе). Большинству ныне живущих лауреатов-медиков и биологов за 80, а среди умерших продолжительность жизни составила в среднем около 93 лет. Подавляющее большинство Нобелевских лауреатов семейные люди, имеющие нескольких детей. Как правило, лауреаты были широко одарены и в совершенстве владели несколькими профессиями. А владение несколькими иностранными языками, обычный навык для лауреатов.

На что лауреаты тратили свою премию? Почти всегда на продолжение исследований, но есть и исключения: Гайдусек — стал приемным отцом 21 ребенка с острова Новая Гвинея, где он проводил свои исследования, Блобел всю сумму премии (\$ 960 000) пожертвовал на восстановление храма, разрушенного во время воздушной атаки на Дрезден.

Почему среди лауреатов так мало наших соотечественников? Трудный вопрос, но показательный. К сожалению их только двое: Павлов и Мечников, да и то Илья Ильич к моменту награждения уже долгие годы жил и работал в Париже. Но выходцами из России были очень многие медицинские лауреаты: Ваксман, Гранит, Чейн, Райхштайн, Львов, Кац, Натанс, Вейн, Козн, Элайон, Кендел, а Меллер долго и успешно работал в СССР...

Нужно сказать, что несмотря на общепризнанную тщательную и объективную работу Нобелевского комитета на протяжении всех лет деятельности, были явные «промахи», в частности среди медицинских лауреатов в 1926 году датчанин Йоганес Андреас Гриб Фибигер был награжден за «открытие карциномы, вызываемой Spiroptera», а в 1934 году были награждены Джордж Уипл, Джордж Майнот, Уильям Мерфи из США за «Разработку способа лечения печеночной диетой и экстрактами печени анемии, вызванной кровопотерей и злокачественного малокровия». Если сравнивать эти открытия с остальными, выделенными Нобелевским комитетом, то они кажутся крайне незначительными. И странно, что Нобелевский комитет выбрал их, вместо того, чтоб сэкономить фонд премии, и поощрить на следующий год более достойных (Нобелевский комитет имеет право не награждать никого, если не видит за текущий год достойных открытий).

Но в обоих случаях, если попытаться посмотреть глубже, становится понятно, что двигало Комитетом: на дворе начало двадцатого века — успехи медицины в разделах санитарии и иммунологии довольно значительные, возрастает средняя продолжительность жизни. И как следствие последнего — врачи стали встречаться с онкологическими заболеваниями. К тому времени в качестве причин возникновения рака выдвигались следующие:

1. Продолжительное воздействие разного рода раздражителей — в пользу этой гипотезы говорят случаи профессиональных заболеваний. В 1915 году Японцы Ямагиwa и Ичикава доказали канцерогенное действие азокрасителей. Однако эксперименты с другими веществами давали менее ясные результаты.

2. Заражение «бациллой рака». Эксперименты по прививанию болезни также не принесли полезных результатов. Единственным исключением была работа Рауса, который один из первых связал возникновение рака с вирусной инфекцией (но оценил эту идею Нобелевский комитет лишь в 1966 году)

3. Инвазии «паразитов, и особенно червей». На сторонников этой теории уже тогда смотрели как на чудаков.

Из-за всех этих неудачных попыток определить одну истинную гипотезу в начале XX века не было определенности в дальнейшем развитии онкологии и начался заметный застой. Доктор Фибигер был не простым врачом, ему повезло обучаться у двух Нобелевских лауреатов — Коха и Беринга. К моменту своего открытия он уже был опытным врачом, преподавателем, доктором наук, причем с очень разносторонними интересами: инфекционные болезни, патологическая анатомия, онкология. В 1907 году Фибигер обнаружил у 3 лабораторных мышей опухоль в желудке ранее неизвестной разновидности, в центре ее он заметил червя Spiroptera. Фибигер безуспешно пытался вызвать рак у мышей, заставляя их проглатывать опухолевую ткань, содержащую червей или их яйца. Фибигер начал изучать жизненный цикл паразита. Ловил мышей в разных частях города пока не обнаружил мышью с аналогич-

ной опухолью на сахарочистительном заводе. Дальнейшие поиски привели Фибигера к ожидаемому открытию — червь в своем развитии проходит промежуточную стадию, а промежуточным хозяином являются тараканы.

Для науки значение работы Фибигера состоит не столько в ценности конкретных данных о возможной роли экзотического паразита в возникновении рака (что с сегодняшних позиций очевидно не верно), сколько в том, что была доказана очевидная на сегодня истина: рак может быть вызван воздействием на организм внешнего фактора. Прове-

дя тысячи опытов, вскрывая собственноручно тысячи мышей, Фибигер добился экспериментального заражения этим видом рака. Но почему тогда не наградили японцев доказавших канцерогенное действие азокрасителей?..

Теперь про анемию и печень. В 1934 г. были награждены Джордж Уипл,

Джордж Майнот, Уильям Мерфи из США за «открытие, связанные с лечением печени при заболевании анемией». С этой Нобелевской премией история совсем странная. Во-первых, печенью животных различные болезни, в том числе и анемию лечили задолго до этого открытия. Еще в 1832 г. Lemeу и Geoffroy показали, что причина хлороза заключается в дефиците железа в организме. Еще древние римляне отмечали, что вода, в которой заржавели железные мечи, обладает лечебными свойствами, и использовали ее для лечения больных. А Thomas Sydenham (1624–1689), основоположник современной клинической медицины Великобритании, показал, что минеральная вода с повышенным содержанием железа весьма эффективна при лечении больных хлорозом. В 1813 г. Lemeу и Geoffroy установили, что железо входит в состав крови. В 1832 г. было сделано предположение, что дефицит железа является наиболее частой причиной хлороза. В этом же году доктор Vlaud показал, что использование пилуль, в состав которых входил сульфат железа, эффективно при дефиците железа, однако это предположение не то что не было оценено по заслугам, а вообще не было принято, и дефицит же-

леза врачи рекомендовали восполнять алиментарным путем. Причем почему-то существовало мнение, что дефицит железа нужно устранять назначением большого количества яблок, гречневой крупы, гранатов и других продуктов растительного происхождения, содержащих железо, а не гемосодержащими продуктами животного происхождения. Это глубокое заблуждение до сих пор бытует как среди пациентов, так и среди врачей.

В 1926 г. Minot и Murphy больным с анемией назначали сырую печень. В 60-е годы прошлого века исследователями было показано, что железо, содержащееся в продуктах в виде гема (мясо, печень, рыба), луч-

ше усваивается в организме, чем из других соединений: коэффициент его всасывания составляет 17–22%. Уипл предложил лечить печенью железодефицитную анемию, а Майнот и Мерфи пернициозную, заболевания, имеющие разную и этиологию и патогенез.

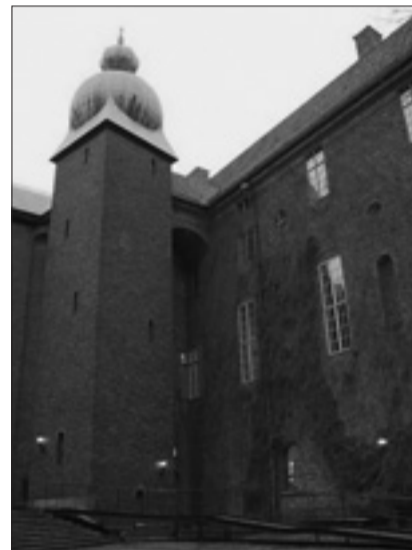
Исследования Уипла, Майнота и Мерфи значительно продвинули изучение не только разных видов анемий, но и гиповитаминозов. После их работ стало понятным, что достаточное содержание витаминов (и других компонентов пищи) само по себе не гарантирует их поступление во внутреннюю среду организма: иногда процесс происходит с участием переносчиков (например, фактор Касла). Кроме того, работы Уипла и его коллеги Хупера значительно расширили представления о функциях печени в организме.

Но снова возникает вопрос: почему не было по достоинству оценено открытие Уильяма Касла: в 1928 году Касл обратил внимание на то, что пернициозная анемия часто возникает после удаления желудка. Затем он поставил опыт на себе: поел говядины, вызвал у себя рвоту. А рвотные массы подмешал в пищу больных пернициозной анемией. Лечебный эффект был отчетливым. Поскольку говядина сама по себе такого эффекта не давала, Касл сделал вывод о том, что для предупреждения пернициозной анемии необходимо присутствие в кишечнике двух веществ, одно из которых поступает с пищей (Касл назвал его внешним фактором), другое содержится в желудочном соке (внутренний фактор Касла)...

История Нобелевских премий полна противоречий, и как показывает ретроспективный ее анализ — не всегда премия присуждается за выдающиеся открытия, и не все выдающиеся открытия оказываются признаны Нобелевским комитетом. Увы.

Подготовила А. Власова с использованием работ А. Марьяновича

История великих (и не очень) ОТКРЫТИЙ



Здесь вручают Нобелевскую премию

Взятка. Этот термин прочно вошел в нашу жизнь и воспринимается всеми как само-собой разумеющееся средство общения между гражданами страны: ты — мне, я — тебе. Но вот другой — дающий или берущий — он человек нехороший, редиска. Я-то ведь вынужден обстоятельствами. А вот откат... Стоп, откат и взятка разве одно и то же? Взятку дают при возникновении обстоятельств, без взятки можно обойтись — заплатить штраф не гаишнику, а в сберкассе, справку получить не без очереди, а через пол-года. Взятка — обоюдное стремление двух индивидуумов сделать друг другу приятное. А откат — он закладывается в цену товара — в развитых странах 1–2%, в нашей, в особо крупных сделках — до 50–70%. Не верите? — посчитайте сами.

Правда, взятки вымогают. Если остановил гаишник, то он обычно прямо называет сумму, если предложенная вами мала. Один такой юморист предложил в «Поле Чудес» сыграть: «Вы мне, мол, сумму вашего предложения, а я вам в ответ — что это мало, пока не угадаете». Сейчас, вот, стоимость взятки, то есть «штрафа на месте», увеличили...

Как бороться со взятками? Конечно, хорошими законами. Все пишут их, пишут, вспотели писатели. Даже термин придумали — взяткостность закона или приказа. Ведь вот взяли и отменили в 2006 г. инструкцией обязательность определения алкоголя в крови у водителей, подозреваемых в опьянении. И возможность собирать подати с выпивших накануне вечером возросла многократно. И потекли деньги в казну, от исполнителей нижнего звена — наверх. К тем, кто разрабатывал такую инструкцию, и к тем, кто ее согласовывал. Все — в шоколаде, суббота с утра и до вечера и воскресенье поутру — время сбора дани.

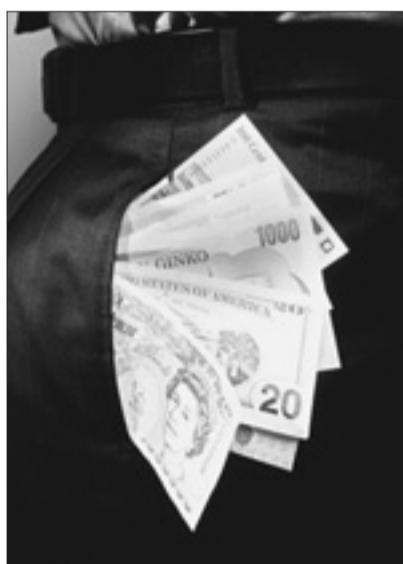
Ну а если взглянуть с другой стороны: зарплаты у милиционеров маленькие (правда, их самих чрезвычайно много), они малы и у других работников, получающих казенные деньги — учителей, врачей, чиновников. Не знаю, как учителей, а врачей и чиновников — явный переизбыток, но где-то густо, где и взятка погуще (гинекологи, урологи, дерматологи), а где-то пусто, где не особенно-то и несут (участковые врачи, например). Платя нищенскую заработную плату государство предполагает, что остальное, нужное им для жизни, работники доберут сами.

Но ведь и платить всем «бюджетникам» высокую зарплату не из чего: бюджет формируется из налогов, начисляемых на заработную плату, и исчисляемый от дохода (прибыли и зарплаты). Другая часть налогов — отчисления от оборота: налог на добавленную стоимость и различные акцизные сборы: с продажи сигарет, водки, нефти. Число налогов велико, если их платить, то ни один бизнес не выживет. Видимо законодатели, вводя существующие налоги, и не предполагали, что кто-то их будет всерьез

платить. Все, кто соприкасался с бизнесом, знает о существовании схем ухода от налогов, в первую очередь — за счет выплаты зарплат «в конвертах».

Но экономика живет по своим законам, которые, даже не будучи прописанными на бумаге, все равно приводят к определенным последствиям. Один из важнейших законов экономики: нужно делиться. Если кто-то зарабатывает, то минимум десятину он должен отдать. Сотни лет в разных странах работает этот закон: 10% производитель товара отдает без боя, 50% вызывает восстания и революции, в этом промежутке — относительно спокойная жизнь развивающегося общества. Правда — это на круг, так как богатый предприниматель везде платит больше нищего, которому могут еще и пособие государственное выдавать. У нас же сложилась иная ситуация: владельцы крупных компаний вообще нередко люди безработные и не имеют официальных доходов, вот только виллы на Лазурном берегу Средиземного моря строят.

Следовательно, ВЗЯТКИ ЯВЛЯЮТСЯ ПАРАЛЛЕЛЬНОЙ СИСТЕМОЙ СБОРА НАЛОГОВ! Ведь существует у нас 2 законодательства: одно оформленное юридически, второе — по понятиям. И если первое нарушают все, то второе — попробуй нарушить, голову снесут. Кстати, в Великобритании право вообще прецедентное, там законы пишутся под сложившиеся обстоятельства. В нашей стране идеалисты-законодатели пишут законы, не фиксирующие сложившиеся общественные отношения, в том числе экономические, а идеальные законы: как, по их мнению, должно быть. Мнение горе-законодателей обычно не совпадает с мнением остальной публики, поэтому во всех законах заложена их неисполнимость: никто не рассчитывает, что закон будет выполняться.



Все «медицинские» законы не исполняются, хотя многие существуют уже 2-й десяток лет, в них постоянно вносятся поправки, такая специальная отдельная деятельность — вносить массы поправок. Только никто законов этих не читает, включая и тех, кто по роду своей деятельности призваны их реализовывать и выполнять — правительство страны, министерские работники, судьи и прокуроры. Нет, читают, только если в части упорядочивания сбора взяток.

Таким образом, законы-законами, прокуроры-прокурорами, а экономическая подоплека взяток очевидна. И если ничего не делать с экономикой, то взятки мы не победим. Никогда.

ОБЩИЙ АНАЛИЗ

от П. Медика

ПОПЫТКА НАУЧНОГО ОСМЫСЛЕНИЯ ВЗЯТКИ

Уважаемые коллеги, читатели журнала

«КЛИНИЧЕСКАЯ ГЕРОНТОЛОГИЯ»

подписаться на наш журнал вы можете:

1. Через агентство РОСПЕЧАТЬ, каталог «ГАЗЕТЫ И ЖУРНАЛЫ». Индекс журнала — 72767.
2. Через редакцию журнала, заполнив бланк-заказ и оплатив указанную сумму (журнал высылается по Вашему адресу в конверте).

В платежном поручении и в почтовом переводе в графе «Получатель» обязательно указать ООО «МТП НЬЮДИАМЕД»

Бланк-заказ на подписку журнала на 2008 год в редакции

(журнал высылается по Вашему адресу в конверте).

Ваш адрес просим указывать ПЕЧАТНЫМИ буквами.

Ф.И.О. подписчика	Почтовый адрес доставки (индекс обязательно)	I полугодие		II полугодие										
		Номера журнала												
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
		Цена номера в руб.												
		300	300	300	300	300	300	300	300	300	300	300	300	300
		ИТОГО: (впишите сумму)												

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

Москва, Коломенский пр., 4, ГКБ 7, Кафедра гематологии и гериатрии ФППОВ

ММА им. И.М. Сеченова, редакция журнала «Клиническая геронтология».

Тел./факс (495) 118-74-74 E-mail: mtpndm@dol.ru

РЕКВИЗИТЫ:

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

ИнтерНьюс

Правительство австралийского штата Новый Южный Уэльс приняло решение о выделении 3,5 млн долларов США на новое медицинское исследование, в ходе которого будут проверяться все женщины, готовящиеся или уже ставшие матерями

Целью данного наблюдения станет выявление и борьба с различными видами послеродовых психических расстройств, среди которых, по мнению специалистов, первое место у австралийских рожениц занимает депрессия. Программа, получившая название «Безопасное начало», в ближайшие недели будет официально внесена в бюджет штата и первоначально рассчитана на 4 года. Примечательно, что для оказания помощи молодым матерям впервые на континенте властями создан специальный Комитет по научным исследованиям в дородовой, послеродовой и детской психиатрии. Как сообщил представитель здравоохранения Нового Южного Уэльса Н. Колл, цель данной программы выявлять женщин, и те семьи, которые испытывают психологические трудности, а также оказывать им соответствующую помощь и поддержку. Помимо этого, специалисты не намерены оставлять без внимания и психическое здоровье отцов семейств, которые по желанию могут пройти соответствующие тесты на готовность к исполнению ими своих родительских обязанностей.

Источник:

www.ami-tass.ru

Зависимость от видеоигр — взгляд почтенной комиссии

«Совет по науке и здоровью населения» (Council on Science and Public Health) отчитался перед Американской Медицинской Ассоциацией (American Medical Association) по заданию, данному на ее прошлом ежегодном съезде: «работать совместно со всеми соответствующими специализированными сообществами и подготовить доклад с обзором и обобщением результатов исследований эмоциональных и поведенческих последствий видеоигр (включая потенциальную зависимость), чтобы дать возможность разработать рекомендации для врачей, родителей, законодателей и на основе выводов этого доклада». Доклад, озаглавленный соответственно «Эмоциональные и поведенческие последствия, включая потенциальную зависимость, видеоигр» фактически основан на анализе работ, вышедших в период с 1985 по 2007 годы, которые по соответствующим ключевым словам обнаруживаются в онлайн базе медицинских публикаций PubMed — в количестве 57 публикаций. Доклад наполовину состоит из описания общего контекста: кто такой «геймер», что такое «видеоигры», их роль в «американской культуре» и т.д. и включает пересказ различных обсуждавшихся в медицинской периодике последствий видеоигр для здоровья геймеров. Набор рекомендаций, которым заканчивается доклад, таков: призвать все имеющие отношение к данному вопросу учреждения и ассоциации — пересмотреть систему классификации (игр); сотрудничать с медицинскими академиями (Педиатрической и Семейных врачей) в повышении квалификации врачей и в обеспечении семей образовательными материалами по теме видеоигр; рекомендованное «время перед экраном» должно составлять от 1 до 2 часов в день; родители должны контролировать и ограничивать контент, получаемый детьми до 17 лет, как в видеоиграх, так и в Интернете; следует расширить исследования долговременных — как положительных, так и отрицательных — эффектов влияния как видеоигр, так и Интернета на детей до 18 лет; настоятельно рекомендовать включить диагноз «зависимость от Интернета и/или видеоигр» в очередную редакцию издания Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders — формального списка используемых медиками диагнозов «психических расстройств». И ничего существенного...

Источник:

webplanet.ru

ИнтерНьюс

Тестирование эмбрионов на мутации, применяемое при искусственном оплодотворении, снижает шансы на успешное завершение беременности, полагают голландские ученые

Суть метода преимплантационной генетической диагностики заключается в подсчете хромосом в единичной клетке, извлеченной из эмбриона на третий день после оплодотворения. При наличии отклонений от нормального числа хромосом, исследуемые эмбрионы отбраковываются. Считается, что эта процедура позволяет снизить риск хромосомных мутаций, который увеличивается вместе с возрастом будущей матери. В исследовании, проведенном сотрудниками Академического медицинского центра Амстердама, приняли участие 400 женщин 35—41 года, половине из которых были имплантированы прошедшие генетическое тестирование эмбрионы. Спустя 12 недель после имплантации, только 25% из них оставались беременными. В контрольной группе, где эмбрионы не тестировали, этот показатель составил 37%. По мнению исследователей, процедура заборки клетки трехдневного эмбриона для исследования может быть не столь безопасной, как считалось ранее. На 3-й день развития нормальный эмбрион человека состоит всего из 9 клеток, и изъятие одной из них может существенно снизить шансы на его нормальное развитие. Кроме того, сама по себе техника выявления хромосомных мутаций по единственной клетке не исключает ошибок в диагностике: теоретически эмбрион может оказаться мозаичным, то есть состоять из клеток с разными наборами хромосом, поэтому судить о его нормальности по единственной клетке можно только с известной долей вероятности. Ведущий автор исследования С. Мастербрук полагает, что с учетом новых данных, необходимо с большой осторожностью относиться к этой высокотехнологичной методике. В большинстве случаев, медики должны довольствоваться отбором эмбрионов по морфологическим признакам: их форме и числу клеток. Впрочем, ряд экспертов считают выводы голландских коллег слишком радикальными. Так, по словам специалиста по эмбриологии Йельского университета Д. Уэллса, польза от исключения хромосомных мутаций, ведущих к рождению детей с тяжелыми отклонениями в развитии, перевешивает возможный риск неудачи беременности. Кроме того, Уэллс отмечает, что результативность отбора эмбрионов во многом зависит от уровня лабораторий и стандартов используемых методик исследования, которые могут существенно различаться даже в лабораториях одной страны.

Источник:
<http://www.medportal.ru>

Обогащение фолиевой кислотой зерновых продуктов уменьшило почти в два раза риск рождения детей с дефектами нервной трубки в Канаде, показали результаты проведенного исследования

11 ноября 1998 обогащение фолиевой кислотой белой муки, макаронных изделий и кукурузной муки стало обязательным в Канаде. Филипп де Валь (Laval University, Quebec, Canada) и коллеги оценили частоту эмбриональных аномалий у детей женщин, родившихся в семи канадских провинциях между 1993 и 2002 годами. Из 1,9 миллионов рождений, 2446 младенцев родились с дефектами нервной трубки. После полного обогащения фолиевой кислотой частота рождения детей с дефектами нервной трубки уменьшилась от 1,58 до 0,86 на 1000 рождений, уменьшилась на 46% по сравнению с предшествующим уровнем. Самое большое сокращение риска отмечалось для spina bifida, в 53%, частота случаев анэнцефалии и мозговой грыжи уменьшилась на 38% и 31% соответственно. Отмеченное снижение частоты рождения детей с дефектами нервной трубки в Канаде отмечено после начала обогащения пищи фолиевой кислотой. Впрочем, прием таблеток фолиевой кислоты во время беременности не способен оказать никакого влияния на дефекты нервной системы у плода.

Источник:
<http://www.solvey-pharma.ru>,
собственные данные

Речь Герберта Фреда на церемонии вручения ему премии 2005 года за выдающиеся достижения в области медицинского образования, присуждаемой одним из крупнейших фондов США — TIAA-CREF (Teachers Insurance and Annuity Association — College Retirement Equities Fund). Опубликовано в Texas Heart Institute Journal, 2005, Vol. 32, № 3.



Медицинская профессия сегодня сталкивается с множеством проблем. Мы маршируем под бюрократических барабанов, мы утратили свою автономию, наш престиж катится по спирали вниз, а наш профессионализм в упадке. Но беды этим не заканчиваются.

В тени этих болячек прячется еще одна медицинская болезнь, та, за которую в ответе не только мы — медики. Она наиболее опасна для общест-

ГИПОСКИЛЛИЯ — дефицит клинических навыков

ва, которому мы служим. Она возникает в медицинских вузах, где почти никогда не удостоивается заслуживающего внимания. Во время последиplomной клинической подготовки ее еще легко заметить и распознать, но для этого, как правило, не прилагается никаких усилий. И даже когда болезнь становится заметной, меры по ее лечению или не принимаются, или недостаточны, в лучшем случае, носят временный характер.

Я называю эту болезнь «гипоскиллия» — дефицит клинических навыков. Врачи, «пораженные» этой болезнью, плохо подготовлены для квалифицированного лечения пациента. Тем не менее, программы последиplomной практики плодят «гипоскилликов» — врачей, которые не могут составить адекватную историю болезни, провести грамотное физикальное обследование, критически осмыслить собранную информацию, составить добротный план лечения. Они не рассуждают здраво, некоммуникабельны. Кроме того, эти врачи не тратят достаточно времени, чтобы узнать пациента «вдоль и поперек». Берутся лечить каждого, а о происхождении заболевания не имеют никакого представления.

Эти индивидуумы, однако, становятся «умельцами» в другом. Прописывают всевозможные анализы и процедуры, но не всегда знают, когда их назначить и как интерпретировать результаты, играют цифрами, применяют множество сложнейших тестов и процедур, предпочитают лечить скорее цифры и результаты анализов, а не самого пациента. В результате неосознанно и неизбежно у них вырабатывается склад ума, ориентированный скорее на лабораторную работу. Среди тех, кто способен такой ситуации, активную роль играют организации здравоохранения. Именно они вынуждают врачей обслуживать максимальное количество пациентов за минимальное количество минут и за минимальное количество долларов.

Проблема дефицита клинических навыков старая и широко распространенная. Ее причина очевидна — порочная система обучения. И порок этот кроется в нас — преподавательском составе. Тогда почему мы позволяем этим недостаткам сохраняться, расти и развиваться? Ответ, как мне представляется, лежит в двух плоскостях.

Первое. Ценности и приоритеты общества — не те, какими они были прежде. В середине 1950-х годов, когда я учился, такие качества медика, как каждодневный труд профессиональная гордость, долг, преданность делу, высокая ответственность, стремление к совершенствованию, были нормой. Сегодня они практически исчезли. В наше время акцент делается на сокращение рабочего дня, стремлении найти собственную выгоду, на политкорректности. Как результат, люди на всех уровнях — начиная от студентов-медиков, клинических ординаторов и преподавателей — удовлетворяются посредственностью.

Второе. Подготовка самих преподавателей. Большинство сегодняшних преподавателей медицины получили образование после 1970 года, когда был дан старт расцвету современных технологий. Медицина высоких технологий (high-tech) — это все, что они видели, знали, следовательно, все, чему могут научить других. Не их вина, что они не понима-

ют подлинного значения медицины высокого соприкосновения (high-touch).

Что я понимаю под медициной высокого соприкосновения? Я имею в виду медицину, основанную на тщательно собранном анамнезе в совокупности с надлежащим физическим обследованием и критическим осмыслением полученной информации. Только после этого врач определяет, какие обследования, если они вообще нужны, показаны больному. В первую очередь если обследования действительно необходимы, назначаются самые простые. Для сравнения. Медицина высоких технологий, как правило, обходит стороной историю болезни и физическое обследование. Опираясь в основном на жалобы пациента, она напрямую устремляется в область многочисленных обследований, которые обычно включают магнитно-резонансную, компьютерную томографию или и то и другое.

Еще один важный момент. Обходя или уменьшая сбор анамнеза и физическое обследование, высокотехнологичный подход или ослабляет связь пациента с лечащим врачом, или этой связи не происходит вообще. Медицина высокого соприкосновения, напротив, представляет апофеоз «ослеровских» принципов лечения (Oslerian medicine)*, которые дают абсолютную гарантию, что мы лечим пациента, а не болезнь.

Суть сказанного такова. Современные медицинские технологии, с одной стороны, увеличивают возможность диагностировать и лечить болезни, с другой — способствуют возникновению лениости, особенно умственной, среди многих врачей. Привычка полагаться на медицинские диагностические приборы мешает врачам использовать наиболее сложный и тонкий механизм — их собственный мозг. Есть ли способ излечиться от тирании технологий? Любой метод лечения столкнется с большими трудностями. Необходимо тотальная перетряска всего преподавательского состава медицинских учебных заведений. В настоящее время он в основном состоит из двух групп: это молодые специалисты и такие же молодые преподаватели, напичканные физическими знаниями, но имеющие практического опыта, и профессора старшего поколения, имеющие большой опыт и знания, но в узком сегменте своей специальности. Часть своего времени и те, и другие посвящают чтению лекций, написанию статей, работе в клиниках или лабораториях, поездках на различные встречи. Такая деятельность, навязана ли она учебным заведением или принята на себя добровольно, ограничивает контакты между преподавателями и студентами.

В результате студенты обращаются с вопросами и за разъяснениями к ординаторам и молодым специалистам, которые старше их всего на один-два года. Отсюда складывается ситуация, когда «слепой ведет за собой слепого!»

Сегодняшние требования сократить отведенные на ординатуру часы еще больше уменьшают возможность таких контактов. Обучение сосредотачивается в основном в лекционных и конференц-залах, в коридорах, за стенами больничных палат, но не у кровати больного. Студенты и клинические ординаторы все чаще проводят свое время на лекциях и клинических конференциях и все реже и реже непосредственно общаются с больными.

Что нужно, чтобы ослабить, а в перспективе побороть эту тенденцию? Первое и главное — нужны преподаватели, которые осознают, что наша работа, вопреки надзирающим за ординатурой комитетам, — обучать студентов, а не создавать им условия для легкой жизни. Далее. Нужны преподаватели, которые знают и понимают патофизиологию, клинические признаки заболеваний, естественное развитие болезни, которые знают, какие обследования и анализы, если они необходимы, назначить, когда их назначить и как интерпретировать. И главное — преподаватели, которые используют передовые технологии для проверки, а не для формулировки своих клинических наблюдений.

Мы нуждаемся в преподавателях, которые правильно понимают ценность составления добротной истории болезни

и могут научить других. Не их вина, что они не понимают подлинного значения медицины высокого соприкосновения (high-touch).

Мы нуждаемся в преподавателях, которые правильно понимают ценность составления добротной истории болезни

Продолжение на стр. 11



ТОЛКОВЫЙ АНГЛО-РУССКИЙ СЛОВАРЬ терминов, используемых в гематологии и иммунологии

Под ред. В.Ф. Новодрановой и П.А. Воробьева
ИЗДАТЕЛЬСТВО «НЬЮДИАМЕД»
2006 г.

Целевая аудитория: студенты медицинских ВУЗов, занимающиеся на кафедрах латинского и иностранного языков, врачи гематологи и иммунологи, научные работники, которым необходим перевод иностранных текстов, врачи, работающие в Интернете в поисках ответов на насущные клинические вопросы, наконец, — профессиональные переводчики, которые, как правило, не знакомы с этой специфической терминологией.

Словарь такого типа издается впервые. Он может послужить базой для научного описания терминологии гематологии и иммунологии и ее перевода на другие языки.

Начало на стр. 10 ↗

ни, тщательного физического осмотра; в преподавателях, которые сначала используют стетоскоп, а не эхокардиограмму для обнаружения клапанного порока сердца, или офтальмоскоп, а не магнитно-резонансную томографию для обнаружения повышенного внутричерепного давления. Нужны преподаватели, которые сначала верят своим глазам, а не аппарату, для определения газонасыщенности крови, своим рукам, а не компьютерной томографии, для обнаружения спленомегалии.

Истинный преподаватель всегда и в первую очередь использует свой ум, сердце, а не толпу консультантов, для лечения больного. Мы нуждаемся в преподавателях, которые не назначают дорогие, изощренные обследования, если более дешевые, обычные анализы могут дать такую же информацию; в преподавателях, которые не назначают множество лекарств, пытаются устранить все возможные заболевания; в преподавателях, которые прекрасно осознают, что иногда лучше ничего не делать, чем делать слишком много; в преподавателях, которые понимают, что может стать лучше не благодаря, а вопреки тому, что мы порой делаем. К несчастью, эти столь необходимые для подражания образцы — вид исчезающий. Большинство из них уже нет с нами, многие ушли на пенсию. А тех, кто еще поддерживает постоянные контакты со студентами-медиками и клиническими ординаторами, слишком мало, чтобы идти против тиранического потока

приверженцев чрезмерного использования современных медицинских технологий. Я очень надеюсь, что современные преподаватели медицины сделают все, чтобы возродить «ослеровский» дух, с усердием примутся за восстановление самой сущности врачевания — гуманизма. Для достижения этой цели нужны люди с состраданием, чистой помыслов, здравым смыслом, которые понимают и верят, что медицина — это призвание, а не бизнес, которые способны видеть, слышать и говорить с пациентом, которые будут работать так долго и так упорно, как это потребуется для здоровья больного.

И, наконец, нужны преподаватели, для которых пациент всегда на первом месте!

* Герберт Л. Фред (Herbert L. Fred) — доктор медицины, профессор кафедры внутренних болезней Университета Техасского научного центра здоровья, Хьюстон, США. Автор и соавтор более 400 статей и 3 книг.

* Уильям Ослер (Shaга Osler) (1849—1919) — знаменитый терапевт, историк медицины, философ, просветитель и педагог. Родился в Канаде, где получил медицинское образование. Преподавал в высших медицинских учебных заведениях Канады, США и Великобритании. Считается автором реформы англо-американской последипломной клинической подготовки. Его самая известная книга «Principles and Practice of Medicine» неоднократно переиздавалась на английском и других языках. Именем Ослера названы ряд симптомов различных заболеваний.

Приводится в переводе с английского Р. Аляутдина, Д. Шлякова, опубликовано Московская Академия № 4 (2349) 22.12.2006

Сопредседатели секции:

- Беленков Ю.Н., член-корр. РАН, академик РАМН, д.м.н., профессор
- Сандриков В.А., академик 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»

Программа заседаний МГНОТ на октябрь—ноябрь 2007 г.

Пленарные заседания: Анатомический корпус ММА им. И.М. Сеченова, Моховая, 11

Дата, автор	Тема, аннотация
10 октября 2007 года, среда в 17.00	Заседание Правления и Ревизионной комиссии.
10 октября 2007 года, среда в 17.30 Проф. Д.А. АНДРЕЕВ проф. Н.А. НОВИКОВА, к.м.н. А.Е. УДОВИЧЕНКО, проф. А.Л. СЫРКИН (ММА им. И.М.Сеченова)	1. Посткардиотомный синдром как терапевтическая проблема. В докладе рассматриваются частота, причины возникновения и клиника посткардиотомного синдрома, который развивается в сроки до 6 месяцев после операции на открытом сердце (аортокоронарного шунтирования, протезирования клапанов) и эндоваскулярных процедур на открытом сердце. Обсуждаются сложности дифференциальной диагностики и методы лечения посткардиотомного синдрома. 2. Клиническая демонстрация
24 октября 2007 года, среда в 17.30 Академик РАМН М.И. ПЕРЕЛЬМАН (НИИ фтизиопульмонологии ММА им. И.М. Сеченова Минздравсоцразвития России)	О туберкулезе в России. В докладе будут освещены вопросы эпидемиологии; современное состояние инфицированности, заболеваемости, смертности от туберкулеза. Проблема выявления. Диагностика. Основы лечения. Российская стратегия контроля за туберкулезом.
Секционные заседания	
Секция клинической геронтологии и гериатрии в конференц-зале МГКБ № 60 (шоссе Энтузиастов, 84/1, корпус 1, 2 этаж)	
25 октября 2007 года, четверг в 15.00 А.Г. РЕХТИНА, к. физ.-тех. наук Т.А. ЗЕНЧЕНКО	Связь параметров микроциркуляции с особенностями геомагнитной обстановки у пожилых.
Секция профилактической медицины и профессиональных болезней В конференц-зале клиники нефрологии, внутренних и профессиональных болезней им. Е.М. Тареева, ул. Россолимо, 11-а	
18 октября 2007 года, четверг в 16.30 К.м.н. Т.Н. ЛОПАТКИНА, к.м.н. Е.Л. ТАНАЩУК.	Алкогольная болезнь печени и вирусные гепатиты как социально значимые болезни — подходы к профилактике.
Секция электрокардиографии и других инструментальных методов исследования сердечно-сосудистой системы В аудитории 1 кафедры терапии РМАПО (больница им. С.П. Боткина, 20 корпус, 1 этаж, проезд до ст. метро «Беговая», «Динамо»)	
16 октября 2007, вторник в 17.00 Доцент М.Н. ПАЛКИН, С.Н. ИВАНОВ, Л.А. СОЛОМОНОВА	Дискуссионные вопросы ЭКГ-анализа и терминологии при ишемической болезни сердца.
Секция неотложной терапии В большом конференц-зале клинко-хирургического корпуса НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского (Сухаревская пл., 3, вход с Гроховского пер.)	
23 октября 2007 года, вторник в 16.00 1. Академик А.П. ГОЛИКОВ 2. И.В. СТАРОВОЕРОВ, Д.В. РУДНЕВ, А.П. ГОЛИКОВ	1. Профессор З.М. Волинский — выдающийся русский терапевт (к 110-летию со дня рождения). 2. Новое в лечении отечественным тромболитиком пролазой больных инфарктом миокарда. Дискуссия.
Секция ревматологии (В помещении конференц-зала Института ревматологии РАМН (Каширское шоссе, 34))	
2 октября 2007 года, вторник в 16.00 Д.м.н. Д.Е. КАРАТЕЕВ, проф. В.В. БАДОКИН, к.м.н. А.Г. БОЧКОВА, д.м.н. В.Г. БАРСКОВА, к.м.н. А.А. НОВИКОВ	Актуальные вопросы ревматологии по материалам Европейского ревматологического конгресса (Барселона, 2007).
6 ноября 2007 года, вторник в 16.00 1. Д.м.н. М.З. КАНЕВСКАЯ. 2. Проф. Л.П. АНАНЬЕВА, проф. С.К. СОЛОВЬЕВ.	1. 20 лет метатрексата при ревматоидном артрите. 2. Актуальные вопросы лечения системных болезней соединительной ткани (EULAR. 2007).
Секция нефрологии и иммунопатологии (В помещении Галереи скульптора Церетели, ул. Пречистенка, д.19)	
17 и 18 октября 2007 года, в 9.00 Научно-практическая конференция «Актуальные вопросы нефрологии»	Будут рассмотрены вопросы: хроническая болезнь почек — новое классификационное понятие в нефрологии, значение для практики здравоохранения; интерстициальные болезни почек — метаболические, инфекционные, иммунные.
Секция клинической фармакологии (В помещении конференц-зала ГКБ №59 (ул. Достоевского, 31/33, корпус А, 7 этаж, метро «Новослободская»)	
24 октября 2007 года, среда в 16.00 Проф. М.Г. ГЛЕЗЕР.	1. С какими трудностями сталкивается врач при лечении больных с артериальной гипертензией и как их преодолеть. 2. Нитраты в лечении ИБС; можно ли без них обойтись?

В дни секционных заседаний председатели секций и другие ведущие специалисты проводят консультации для врачей по интересующим их вопросам.

Теперь Программа заседаний МГНОТ вывешивается на сайте <http://www.zdrav.net>

Правление МГНОТ

Сопредседатели секции:

- Нонинов 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., академик 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»

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

«Инфекция у скломпрометированного больного»

30 октября 2007 года
Начало в 17.00
Вход по приглашениям

КАРДИОЛОГИЧЕСКАЯ СЕКЦИЯ

Приглашение

«Кардиалгии»

15 ноября 2007 года
Начало в 17.00
Вход по приглашениям

АНГИОЛОГИЧЕСКАЯ СЕКЦИЯ

По данным статистики, инсульт является второй по частоте причине смерти людей в мире. Определен ряд факторов, которые predisполагают пациента к развитию инсульта. К их числу относят: гипертонию, сахарный диабет, высокий уровень холестерина, атеросклероз периферических сосудов, мерцательную аритмию (фибрилляцию предсердий), курение. Важно не только предупреждать развитие заболевания у здоровых людей и пациентов с начальными проявлениями патологии мозговых сосудов, но и заниматься профилактикой повторных нарушений мозгового кровообращения — ведь пациенты, уже перенесшие инсульт, имеют в несколько раз больший риск развития сердечно-сосудистых заболеваний в целом и повторного инсульта, в частности.

Новые рекомендации Американской Ассоциации Сердца (AHA)/Американской Ассоциации Инсульта (ASA) по вторичной профилактике инсульта, а также отечественные рекомендации (НАБИ) особое внимание уделяют адекватной антигипертензивной терапии. Если прежде у ряда ученых и врачей были сомнения в отношении того, что снижение АД до 120–130/80–90 мм рт.ст. у пожилых пациентов может приводить к ухудшению кровоснабжения мозга и, само по себе, вести к инсульту, то в ходе ряда клинических исследований последних лет данное утверждение было опровергнуто.^{3,6} Сохраняется очевидная тенденция: снижение систолического АД на 10–15 мм рт.ст. приводит к 40%-ному снижению риска инсульта.

Препараты из группы антагонистов кальция (АК) являются одним из наиболее часто назначаемых антигипертензивных средств. Они подразделяются на: 1) группу дигидропиридинов (нифедипин, никардипин, исрадипин, амлодипин), действующих преимущественно на периферические сосуды; 2) группу фенилалкиламинов (верапамил), влияющих, в основном, на сердце и 3) дилтиазем, который действует и на сердце и на периферические сосуды. Препараты первой группы рефлекторно увеличивают частоту сердечных сокращений, а препараты 2-й и 3-й групп — ее уменьшают. Негидропиридиновые АК могут применяться при гипертонии с повышенной симпатической активностью, клинически проявляющейся тахикардией. Именно такой тип гипертонии часто встречается у пациентов, перенесших инсульт.

В 2000 г. было закончено крупное международное исследование NORDIL, в которое были включены более 10 тысяч больных гипертонией, которым назначался дилтиазем-ретард («Алтиазем РР») либо диуретик и/или β-адреноблокатор. Несмотря на то, что в обеих группах лечения была отмечена аналогичная степень снижения АД, разви-

Алтиазем® РР
ДИЛТИАЗЕМА РЕЗИНАТ

Первая буква в профилактике инсульта

М БЕРЛИН-ХЕМИ МЕДИКАШН

АЛТИАЗЕМ РР — ЭФФЕКТИВНОЕ СРЕДСТВО ПРОФИЛАКТИКИ ИНСУЛЬТА

В.И. Маколкин, Д.А. Напалков

«Алтиазем РР» биологически эквивалентен простому дилтиазему, но действует более медленно, постепенно и пролонгировано, что обеспечивает «плавный» антигипертензивный эффект и предотвращает «перепады» концентрации препарата крови. Рекомендуемая дозировка составляет 1 капсула (180 мг) 1–2 раза в сутки. За счет своего периферического действия, дилтиазем также защищает от возникновения и прогрессирования заболеваний почек. На фоне лечения дилтиаземом не наблюдается увеличения уровня сахара и холестерина в крови, поэтому его можно назначать пациентам с сахарным диабетом и ишемической болезнью сердца с нарушением липидного обмена.

«Алтиазем РР» — форма, специально разработанная для поддержания постоянной концентрации дилтиазема, и при увеличении суточной дозы препарата до 360 мг не происходит роста числа побочных эффектов.

Таким образом, эффективность и безопасность «Алтиазема РР» делают одним из самых рекомендуемых препаратов при лечении гипертонии у пациентов, имеющих высокий риск развития инсульта.

тие инсульта на 20% реже отмечалось именно в группе дилтиазема.

«Алтиазем РР» биологически эквивалентен простому дилтиазему, но действует более медленно, постепенно и пролонгировано, что обеспечивает «плавный» антигипертензивный эффект и предотвращает «перепады» концентрации препарата крови.

ВНИМАНИЕ! ВПЕРВЫЕ УНИКАЛЬНОЕ ИЗДАНИЕ НАСТОЛЬНАЯ КНИГА ДЛЯ ГЕМАТОЛОГА, ОНКОЛОГА И ПАТОЛОГА!



АТЛАС ОПУХОЛИ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ

Под редакцией А.И. Воробьева и А.М. Кременецкой
Издательство «Ньюдиамед»
2007 г.

Уникальное фундаментальное издание отражающее новейшие достижения в гематологии.

В книге рассматриваются закономерности опухолевой прогрессии гемобластозов; современное представление о строении лимфатической системы и дифференцировании лимфоцитов; описаны современные диагностические методы.

Огромное количество хорошо выполненных высококачественных фотографий и микрофотографий, рисунков и схем делает Атлас незаменимой настольной книгой для врачей широкого круга лечебных специальностей: гематологов, онкологов, терапевтов, а также специалистов в области морфологии, гистологии, цитологии.

Широко представлены различные нозологические формы лимфатических опухолей. Кратко дается характеристика современных высокоэффективных методов лечения.

Вестник МГНОТ (бесплатное приложение для врачей к журналу «Клиническая геронтология»). Тираж 6000 экз.
Свидетельство о регистрации ПИ № ФС77-19100 от 07 декабря 2004 г.

РЕДАКЦИЯ: Главный редактор П.А. Воробьев

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

Редакционный совет: 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. Гогин, А.П. Голиков, Д.И. Губкина, Н.Г. Гусева, Л.И. Егорова, В.М. Емельяненко, Р.М. Заславская, Г.Г. Иванов, В.Т. Ивашкин, А.В. Калинин, А.В. Каляев, С.В. Карпова, М.И. Кечкер, А.И. Кириенко, В.М. Ключев, Ф.И. Комаров, В.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. Насонова, В.Г. Новоженков, Н.Р. Палеев, М.А. Пальцев, В.А. Парфенов, А.В. Погожева, А.В. Покровский, В.И. Покровский, Н.П. Потехин, А.Л. Раков, М.П. Савенков, В.Г. Савченко, В.Б. Симоненко, А.И. Синопальников, В.С. Смоленский, Г.И. Сторожаков, А.Л. Сыркин, В.П. Тюрин, А.И. Хазанов, Е.И. Чазов, А.Г. Чукалин, 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 гериатрии

Телефон 8-499-782-31-09, e-mail: mtpndm@dol.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.