



ПРЯМАЯ РЕЧЬ

Перспективы развития медицинской науки и здравоохранения в свете методологии, общих теоретических концепций и практики охраны и улучшения здоровья населения в нашей стране на фоне общемировых тенденций неоднократно высказывались мною в ряде научных публикаций. Хочу отметить некоторые особенности исторического пути медицины в общетеоретическом, методологическом аспекте и проекции прогноза на перспективу, используя прежде всего опыт России.

Начну со слов из предисловия к книге «Здравоохранение в XX веке»: «Закончился XX век... насыщенный политическими, социальными, экономическими событиями. Особенно впечатляющими стали достижения науки и техники, по праву называемые научно-технической революцией, относящиеся и к медицине, а также ее нормативному, прикладному аспекту — здравоохранению». XXI век — новый период истории человечества, однако преемственно связанный с предыдущим столетием. Упомяну об общетеоретических концепциях, сохраняющихся и продолжающих развиваться. Из выделенных и охарактеризованных мною более чем 20 таких учений нельзя не акцентировать внимание на следующих:

- теории «болезней цивилизации и социальной дезадаптации»,
- теории конвергенции общественных систем,
- здоровье населения и здравоохранение,
- теории стресса и общего адаптационного синдрома,
- теории нервизма и кортиковисцеральной патологии.

О них достаточно подробно говорилось, однако выделяю их потому, что методология медицины XXI века продолжает и будет продолжать обобщение материалов практики здравоохранения, теории и клиники. До сих пор никто не опроверг положения о том, что, несмотря на бурное развитие современной цивилизации, здоровье индивидуальное и общественное и болезни человека обуславливаются нарушениями взаимоотношений организмов и среды обитания и механизма, обеспечивающих их целостность и адаптацию к ним. Социальная и биологическая дезадаптация остаются важнейшим рычагом в этиопатогенезе как групп населения, так и отдельных личностей. Никто не опроверг и концепцию продолжающейся конвергенции общественных систем, особенно в современный период кризиса социализма и возрождения капитализма в бывшем СССР. И отсюда — доказательства общности законов формирования общественного здоровья в разных странах.

Также пока в медицинской науке ни в одной стране не опровергнута доктрина нервизма и его этапа, связанного с учением о высшей нервной деятельности по И.П. Павлову. Концепция Г. Селье подтверждена многими бесспорными научными данными о значении нейрогуморального обуславливания патологических дистрессорных состояний и нарушений в общем адаптационном синдроме. Научные исследования и медицинская практика не только подтверждают сущность названных и других общих теорий, но вносят новые факты и наблюдения в пользу их существования и прогресса. В качестве примеров можно привести современные факты из исследований дистрессорных в классическом представлении реакций; взгляды на так называемые «нормальные болезни», возникающие помимо действия экзогенных и эндогенных факторов и зависящие от онтогенетических, а также аккумуляционных, т. е. не две, а «четыре модели болезни» (В.Н. Дильман).

Наиболее значительными в XXI веке являются социально-профилактическое и, как я позволил себе утверждать — психологическое направления в медицине. Роль для настоящего и будущего медицины этих направлений вытекает из доказательства растущей роли социальной концепции здравоохранения в противоположность так называемой либеральной концепции. Социальная концепция основывается на позиции по социальной функции государства и его социально-экономической политики в области охраны и укрепле-

ния здоровья населения. Так называемая либеральная позиция исходит из понимания гражданского общества как заботы каждого о себе, ответственности самого человека за свое здоровье, главенства частной, платной медицины. Социальное здравоохранение — это поддержка уровня здоровья усилиями самого человека, а также государства и общества. Социальное здравоохранение предопределяет преимущественно общественно-государственный характер не только на федеральном, но и на региональном, местном уровнях. Именно из таких принципов исходит социально-профилактическое направление, это стратегическое направление деятельности в области здравоохранения и повышения уровня здоровья населения.

Перспективы развития медицины начала XXI века

Академик РАМН

Лисицын Юрий Павлович



В современном мире все в большей степени происходит огосударствление медицинской помощи. Даже в такой капиталистической стране, как США, уже больше 56% всех ресурсов здравоохранения относятся к государственным, некоммерческим учреждениям и программам. В свете указанной общей тенденции нарастающая неадекватно высокий темп роста платных медицинских услуг в России, достигающий по далеко не полным оценкам 30% всех затрат. У нас растут и страховые расходы Федерального фонда, превысившие к настоящему времени треть всех затрат на охрану здоровья.

Психологическое, а точнее, социально-психологическое направление — бесспорная перспектива будущего. Оно также отражает становление и укрепление социального здравоохранения, а не просто слепок из успешно развивающихся медицинского или клинического психологизма. В его основе доказательство роли психического единства организма в решении организационных, клинических и социально-медицинских задач. На острие социально-психологического направления — использование сведений о психическом мире человека и групп населения как орудия охраны и укрепления здоровья, с позиций этого направления успешно решаются задачи психотерапии, психокоррекции и психологического консультирования, психологической защиты и др.

И профилактическое, и психологическое направления продуктивно используют такие выдающиеся постулаты медицины XX столетия, как учение о примате в объяснении обусловленности здоровья образом и условиями жизни. Современная медицина с каждым годом все больше демонстрирует роль образа жизни, который по нашим данным составил не менее 56–57% всех факторов обусловленности здоровья. Сегодня определена не только общая величина влияния образа жизни, но и его составляющих, которые не утратили свое значение и подтвердили их значимость. Подсчеты указывают, что помимо образа жизни, воздействия окружающей среды достигают 20% факторов здоровья, медицинской активности — 15–20%, деятельности служб здравоохранения 10–15%. Если говорить об отдельных нозологических группах, то и здесь подтверждается влияние образа жизни на ИБС и другие сердечно-сосудистые заболевания (более 55–65%), самоубийства (более 56%), транспортный травматизм (более 65%), даже диабет (свыше 35%), злокачественные опухоли (40% и больше) и т. п.

В непосредственной связи с концепцией образа жизни и профилактическим направлением проявляется осознание роли окружающей среды — экологической проблемы. И не только потому, что до 1/3 всех обуславливающих здоровье факторов зависят от окружающей среды, но и потому, что она приобретает растущие социально-экономическое и политическое значение. Экомедицина, если правомерен такой термин, становится и философским понятием, т. е. философией экологического кризиса: все большего техногенного загрязнения внешней среды, одного из механизмов дезадаптации человека.

С названными направлениями органически связана технологизация медицины — бурное внедрение в нее средств новейшей техники. Здесь и растущие компьютеризация и работающие во всех процессах диагностики, лечения, профилактики, реабилитации методы статистики, моделирования, прогнозирования и др. Технологизация проявляется даже в медицинском образовании, подготовке и усовершенствовании кадров. Технологизация идет подчас необузданными темпами, хаотично, не планомерно. Прежде всего, в неоправданном дроблении медицины на многочисленные дисциплины, проблемы, курсы и т. п. По подсчетам ВОЗ, в настоящее время насчитывается более 800 дисциплин, наук, направлений в медицине и здравоохранении, и число их неудержимо растет. Понятно, что охватить эту массу дисциплин и проблем не в состоянии ни одна современная система медицинского образования. Вместо врача, исцеляющего организм человека в его психосоматическом единстве, на сцене появляются десятки, если не сотни «медицинских техников», специализирующихся в какой-то узкой области знаний и практики.

Не случайна оппозиция этой тенденции сверхспециализации, которая появилась еще в 20–30 гг. прошлого века в виде неогиппократизма. Его приверженцы, протестуя против натиска многочисленных специальностей и технических методов, призывали вернуться к классическим принципам Гиппократова, постулирующим целостность организма, единство психического и телесного, подчеркивающих значение деятельности врача общей практики. Под флагом неогиппократизма было проведено несколько международных конгрессов, однако в последние годы активность представителей неогиппократизма ослабла. В известной степени обнадеживают попытки возрождения, но в новых условиях, специальности врача общей практики, семейного врача. К сожалению, пока не только в нашей стране, но и за рубежом ее представители малочисленны. В России, например, подготовлено всего не более 6 тысяч врачей общей практики, а используется по назначению и того меньше.

Говоря о сверхспециализации и технологизации в медицине, я ни в коем случае не умаляю значение развития техники и технологии, применительно к медицине принесшего выдающиеся достижения во всех ее областях. Вспомним хотя бы о многочисленных диагностических и лечебных приемах особенно в хирургии. Современная медицинская научная технология стала не только доказательством все более широких и смелых шагов в изучении организма человека, но и проблемы утери психосоматического единства. Конечно, ее решение зависит от уровня научных изысканий. «Дробление» тем больше, чем, так сказать, ниже уровень исследований — молекулярный, клеточный, органный, целостный организменный. Но еще раз повторю, речь идет не о границах научных исследований — они безбрежны — а о «дроблении» целостности организма человека в практике медика-диагноста, врача, организатора здравоохранения.

Этот подход тесно сопряжен с гуманизацией медицины. Несмотря на увеличение удельного веса негосударственных, частных структур, распространение все в большей степени ненаучных, эклектических, даже метафизических и т. п. представлений, парамедиков, деонтологических положений, прогрессивные учения, материалистические взгляды в медицине, ее роль в обществе, развитии социально-экономических основ существенно преобладают, определяя ее высококонтрастную, гуманистическую природу.

Начало XXI века раскрывает возрастающее значение медикобиологических знаний в том числе в области фундаментальных проблем, в решении которых было отставание в сравнении с прикладными отраслями.

ИнтерНьюс

Приживется — не приживется: вот в чем вопрос

Сейчас докторам необходимо около 3 дней, чтобы определить, что какой-то участок ткани прижился (например, после трансплантации) или отмирает (в случае ожога). Новинка, представленная учеными из канадского Национального исследовательского совета, позволяет принять решение практически мгновенно. Разработка основывается на технологии особой медицинской обработки изображений, которая предоставляет информацию о здоровье поврежденной или пересаженной ткани, определяя количество крови и кислорода внутри нее. Система состоит из источника инфракрасного излучения и очень чувствительной камеры, которая фиксирует отраженный свет. Обработав данные определенного диапазона длин волн (большинство из которых невидимы человеческому глазу) и проведя несколько сложных математических расчетов, она может оповестить врача о том, достаточное ли кровоснабжение получает участок ткани и сколько кислорода приносит кровь. По словам доктора Майкла Сова, руководителя группы спектроскопии в Институте биодиагностики канадского совета, их новинка будет статьи в тех областях медицины, где докторам приходится визуально оценивать состояние тканей после лечения ран и ожогов, а также восстановительной хирургии. Технология основывается на том предположении, что если ткани (поврежденные или трансплантированные) не получают достаточное количество кислорода и питательных веществ, если из них не выводятся продукты обмена, то они отмирают. Разработка тестировалась в течение последних 5 лет в госпитале Sunnybrook. Доктор К. Кросс отмечает, что прототип устройства позволял в течение одной минуты получить всю информацию о состоянии раны, и при этом процесс не причинял пациенту никаких неприятных ощущений. Коммерциализацией новинки занимается канадская фирма Kent Imaging. Она лицензировала технологию и разрабатывает портативную версию устройства, которая, по первым предположениям, станет доступна специалистам для клинического использования уже в 2008 г.

Источник:
MEMBRANA

Голова у россиян болит чаще

Итогом проведенного компанией ACNielsen Global On-Line Omnibus исследования стало известие о том, что у россиян головные боли наблюдаются намного чаще, чем у представителей других стран мира. Если в Дании головными болями страдает 33% опрошенных, в Польше, Финляндии и Украине — по 48%, то в России показатель равен 50%. При этом в нашей стране за врачебной помощью обращается всего 17% населения. Эта цифра значительно ниже, чем в других странах (для сравнения: во Франции — 44%, в Англии — 43%). Россияне предпочитают заниматься самолечением, самостоятельно выбирая для этого анальгетики. Другое исследование, проведенное независимой компанией GFK-Rus, также подтвердило тревожную динамику. Оказалось, что 12% россиян практически каждый день вынуждены прибегать к помощи болеутоляющих средств. Причинами провоцирующими головные боли в 40% случаев пациенты называют метеокатаклизмы: перемены атмосферного давления, температурные перепады и пр. Стрессы на работе и дома провоцируют боли у 25% россиян. Умственное перенапряжение вызывает неприятные ощущения у 16% населения; переутомление становится причиной плохого самочувствия в 8% случаев; отсутствие полноценного сна сказывается на 6% россиян. Интересно отметить, что в 2% случаев причиной головной боли признается чувство голода. Таков портрет современного потребителя болеутоляющих средств. Не удивительно, что в нашей стране продажа анальгетиков превышает 30% от общего числа всех препаратов на фармацевтическом рынке.

Источник:
АМИ-ТАС

СВЕТСКАЯ ХРОНИКА

В ноябре 2007 г. команда МОО «Общество фармакоэкономических исследований» участвовала в работе конференции «Стандартизация в здравоохранении, технологии внедрения стандартов оказания медицинской помощи в практическое здравоохранение», проводимой Челябинским Минздравом. О том, что тема стандартизации в здравоохранении сейчас важна и актуальна, для участников говорить было не нужно: на однодневную конференцию собралось около 400 специалистов из медицинских организаций всей Челябинской области: заместители главных врачей, главные врачи, сотрудники органов управления здравоохранением, врачи-клинические фармакологи.

Конференция по стандартизации в Челябинске: работа продолжается!

О. Борисенко

Открывала конференцию Первый заместитель министра здравоохранения области М.Г. Москвичева. Она подчеркнула, что проблемы управления качеством медицинской помощи сейчас являются одними из приоритетных. Область много делает для развития этого направления: создан и работает отдел стандартизации в министерстве, адаптируются стандарты медицинской помощи, проводятся образовательные мероприятия. М.Г. Москвичева отметила важность проведения подобных конференций для изучения передового опыта ведущих стандартизаторов страны.

П.А. Воробьев начал выступление с напоминания собравшимся о «ключевой», хотя и малозаметной роли Челябинска в истории страны. Здесь пересекались пути, идущие на Восток и в Сибирь. Самое первое, что известно — караваны Великого шелкового пути на верблюдах доходили до этих мест, а отсюда перекладывали грузы на лошадей. Шелк в ту пору был гигиеническим материалом, препятствующим распространению насекомых на телах вельмож... Огромная пересыльная тюрьма в центре города (ныне там областная Дума) пропускала через себя миллионы репрессированных в 30—50-е годы, в частности — в казахстанские лагеря (Карлаг, АЛЖИР). Во время войны сюда были эвакуированы заводы тяжелого машиностроения, обеспечивающие выпуск танков работной на станках, устанавливаемых, по первости, в открытом поле. А еще через несколько лет потянулись через Челябинск герои-целинники. Недаром железнодорожный вокзал в Челябинске чуть ли не самый большой за Уралом.

Доклад П.А. Воробьева касался складывающихся подходов к управлению качеством медицинской помощи. В зале то и дело раздавались вздохи согласия и несогласия. Не бывает равнодушных, когда обсуждается ситуация в здравоохранении, когда,

по сути, система здравоохранения отсутствует: законов мало и они противоречат друг другу, постановления Правительства фрагментарны, Минздрав издает приказы, которые носят рекомендательный характер, и собирает неадекватную статистику, профессиональные сообщества не объединяют врачей первичного звена, РАМН не координирует ни науку, ни практику.

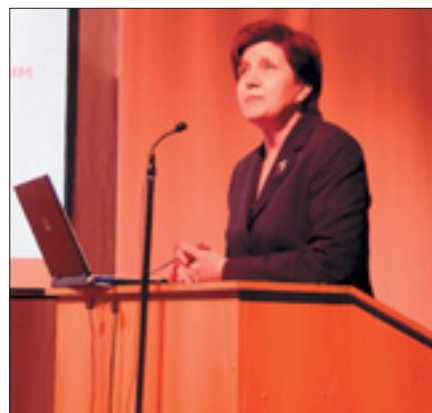
Следующий докладчик, руководитель отдела стандартизации МЗ Челябинской области и руководитель Челябинского филиала МОООФИ Л.А. Габбасова рассказала о реальной ситуации с внедрением системы управления качеством в Челябинской области. Например, анализ жалоб населения показал, что большинство жалоб носит субъективный характер и связано не с неадекватными объемами или сроками оказания медицинской помощи, а с невнимательным отношением к пациентам. Начата работа по определению финансовых обязательств ФОМС Челябинской области при внедрении стандартов медицинской помощи. В ближайшее время ожидается появление во всех медицинских организациях области программного обеспечения для проведения автоматического анализа потребления лекарств: АВС, VEN, частотного анализа.

Руководитель лаборатории проблем стандартизации ММА им. И.М. Сеченова Д.В. Лукьянцева рассказала о системе стандартизации в Российской Федерации. Менеджер по фармакоэкономике компании «Лаборатории Сервье» А.В. Быков сделал доклад о европейском опыте формирования лекарственной политики. Интересно было узнать о новых методических подходах в этой области, например, анализе влияния на бюджет.

Выступление главного внештатного клинического фармаколога г. Челябинска было посвящено опыту внедрения системы лекарственного обеспечения граждан. Проф. М.В. Авксентьева сделала обзорный доклад по медицине, основанный на доказательствах. О.В. Борисенко рассказал об организации системы управления качеством медицинской помощи в медицинской организации.

Следует отметить, что значительный вклад в организацию конференции внесли руководитель Челябинского филиала МОООФИ, руководитель отдела управления качеством в здравоохранении МЗ Челябинской области, Л.А. Габбасова и главный внештатный клинический фармаколог Челябинска О.В. Прибыткова.

Вечером состоялась встреча с министром здравоохранения и социального развития В.А. Шелевым для обсуждения перспектив развития стандартизации в Челябинской области. Предварительно было принято решение о проведении подобной конференции ежегодно.



На трибуне Л.А. Габбасова



Чтобы вместить всех желающих, пришлось арендовать Дом пионеров

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

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

В платежном поручении и в почтовом переводе обязательно указать:

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

Начало на стр. 1 ↗

Данное положение относится как к теоретическим, так и клиническим дисциплинам. Медикобиологические фундаментальные проблемы и их решения открывают ускоренный прогресс в установлении этиологии, патогенеза, профилактики, реабилитации заболеваний в том числе и особенно генетической природы. Можно напомнить, что если еще в середине XX века была установлена природа всего нескольких наследственных болезней, то к концу века и началу следующего эти заболевания составили едва ли не третью часть всего нозологического списка.

К числу общетеоретических проблем можно отнести установленные рядом исследований зависимости показателей здоровья населения от так называемой трудовой мотивации, которая в свою очередь обуславливается материальным положением и связанным с ним так называемым социальным стрессом (реакций людей на свое положение). Академик РАМН Б.Т. Величковский показал, что средняя покупательная способность населения региона существенно влияет на показатели смертности и среднюю продолжительность жизни: в регионах, где она в расчете на так называемую потребительскую корзину составляет 3 ее величины, показатель смертности около 13%, а в экономически менее развитых регионах, где на человека приходится 2,5 потребительской корзины, этот коэффициент равен более 16%. В качестве критерия бедности и минимальной оплаты труда предлагается величина, в 2,5 раза превышающая прожиточный минимум в данном административном регионе. Этот размер рассматривается как обязательное условие развития экономики территории. К сожалению, таких условий пока практически не достигнуто в нашей стране, следовательно, говорить об оптимальной трудовой мотивации и ликвидации хронического социального стресса не приходится. Решение проблемы покупательной способности большинством населения, таким образом, не только социально-экономическая, но и медицинская проблема. С указанными проблемами непосредственно связываются и медико-биологические, по поводу которых Б.Т. Величковский пишет: «...в реализации негативного влияния на здоровье хронического социального стресса, порожденного утратой эффективной трудовой мотивации дееспособным населением страны, задействованы, как минимум, четыре основных патогенетических механизма. Это истощение общего адаптационного синдрома, срыв динамического стереотипа высшей нервной деятельности, феномен «запрограммированной смерти организма — феноптоз» и нарушение свободно-радикального равновесия в организме лиц, оказавшихся за чертой бедности, особенно резко выраженное у детей с гетерозиготным геномом». Упомянутые проблемы имеют стратегическое для развития здравоохранения значение. Их решение во многом обусловлено эффективной социальной политикой государства, соответствующими программами и планами. К сожалению, пока такие условия еще не созданы и для здравоохранения еще не определены средне- и долгосрочные прогнозы и программы развития. Национальные проекты, касающиеся демографической ситуации, положения с рождаемостью, в том числе так называемые родовые сертификаты, кардинально кризисное состояние в народонаселении России не решают, хотя и способствуют повышению рождаемости. То же можно сказать и о правительственных решениях о повышении зарплаты врачам терапевтам и педиатрам и соответствующему среднему медицинскому персоналу. Без взвешенной, проверенной на практике общей реформы здравоохранения, медицинского образования и медицинской науки проблему ликвидации критической ситуации в отрасли и низкого уровня общественного здоровья решить невозможно.

Решение проблем улучшения здравоохранения и здоровья населения зависит не столько от внутренних реформ в

отрасли, сколько от изменения общего положения с повышением благосостояния, в частности, заработной платы большинству населения, что создает трудовую мотивацию, ликвидирует хронический социальный стресс и благоприятно скажется на показателях здоровья населения. И если сегодня так называемый средний класс не превышает 15% граждан, то для радикальной реформы в обществе он должен составлять не менее 70%. Тогда образуется устойчивая социально-экономическая и демографическая структура общества, где абсолютное большинство населения удовлетворительно обеспечено материальными условиями жизни. Не случайно в США закон гарантирует почасовую зарплату в размере не менее 5 долл. в час; в других странах, например, в Германии — 3 долл. У нас оплата труда большинства населения на порядок меньше и структура обеспеченности доходами напоминает «пирамиду» с узким основанием и широким верхом в отличие от «пирамиды» в большинстве экономически развитых стран, где основание ее широкое, а вершина — узкая, т. е. она устойчива и не столь подвержена конъюнктурным и другим внезапным изменениям рынка.

При решении проблем стратегии здравоохранения следует иметь в виду, что она является частью общей социально-экономической политики государства, а его стратегия в этом направлении пока четко не определена. Обнадешивает решение о 3-летнем плане развития государства и общества. Именно к этой программе должна быть адаптирована программа здравоохранения. Хотя расходы федерального бюджета в 2007 г. почти на 137% превышают расходы в 2006 г. (206151,7 против 149098,7 млн руб.), инфляция поглощает их значительную часть, несмотря на то, что прогнозы инфляции на ближайшие годы благоприятные (5–6%), но пока она существенно выше. И это против 5,4% инфляции в Китае, 3,1% в США, 2,5% во Франции, 1,5% в Великобритании, 0,1% в Японии. При этом полезно знать, что размер заработка на душу населения резко отличается в России и развитых странах: он в 10 раз меньше, чем в США, в 9–10 раз меньше, чем в Японии, Германии, Франции и др. странах. Если же исключить всех наиболее обеспеченных, то различия в заработках будут не в 10 раз, а значительно больше; в ряде публикаций приводятся цифры в сравнении с США, Японией и др. странами в 15–20 раз.

Мы не можем забывать также, что отряд работников здравоохранения, составляющий более 6% всех работающих, выше, чем занятых на транспорте, ЖКХ, управлении и других отраслях и общие социально-экономические реформы в стране непосредственно его касаются. Нельзя не учитывать темпы не только инфляции, но и неуправляемого роста цен на потребительские товары, который может нивелировать повышение заработной платы работающим, включая медиков, намечающееся на три ближайших года в размере 60%. Еще одна справка. В национальном проекте «Здоровье» (2005) имеется характерный раздел — «Почему необходимо вкладывать средства в здравоохранение?» В нем сообщается о низких показателях здоровья населения в России: средняя продолжительность жизни у нас на 12 лет меньше, чем в США, на 8 лет меньше, чем в Польше, даже на 5 лет меньше, чем в Китае. Естественная убыль населения составила 6,7 на 1000 человек. Несмотря на некоторое сокращение детской смертности, она остается в 1,5–2 раза выше, чем в развитых странах; младенческая смертность в 2004 г. составила в России 11,5%, (в США — 7%, Англии — 5%, Японии — 4,5%). Всероссийская диспансеризация в 2006 г. показала, что здоровых детей только 32,1%, с функциональными отклонениями 51,7%, с хроническими заболеваниями — 16,2%. К приведенным из Национального проекта данным нужно добавить, что в 2006 — начале 2007 гг. младенческая смертность немного снизилась до 10‰, рождаемость чуть возросла; несколько снизилась естественная убыль населения.

ИнтерНьюс

Высокие дозы блокатора АРА II кандесартана можно использовать в профилактике и лечении хронической почечной недостаточности

Впервые в исследовании было показано, что высокие дозы кандесартана цилексетила могут уменьшить текущую протеинурию на 33% от ее исходного уровня без выраженного действия на системное артериальное давление. Этот вывод был сделан после проведенного во главе с канадскими исследователями рандомизированного, двойного слепого, мультицентрового исследования SMART, целью которого было определить возможное влияние высоких доз кандесартана на протеинурию, а также изучить возможные нежелательные эффекты на системное артериальное давление и функцию почек.

До сих пор нефрологи применяли ингибиторы ангиотензиновых рецепторов II для уменьшения протеинурии, однако назначаемые дозировки основывались на уровне снижения артериального давления. Если давление не снижалось, увеличивать дозировку не рекомендовалось. Однако исследователи пошли по пути кардиологической практики, используя методику удвоения дозы антигипертензивных препаратов при недостаточном эффекте первоначальной.

Исследование было проведено на 269 добровольцах (79,6% мужчины, средний возраст 55,3 года). Среднее артериальное давление — 132,5/77,5 мм рт. ст. В исследование включались лица с нефропатией (при сахарном диабете, гипертонической болезни, первичном поражении клубочкового аппарата). Было установлено, что максимальный эффект (снижение протеинурии на 33%) достигался при приеме 128 мг кандесартана (при средних дозах 16 мг). В то время как использование 64 мг кандесартана приводило к снижению протеинурии на 16,9%. Во время исследования не было ни одного нежелательного явления и смерти.

Источник: Medscape

Как определить ВИЧ у донора органов?

В Чикаго 4 реципиента органов заражены ВИЧ и гепатитом С от 1 донора. За последние 20 лет это первый в стране случай заражения ВИЧ при пересадке органов. Операции по трансплантации органов были сделаны 2 пациентам из Медицинского центра Чикагского университета, 1 пациенту из Северо-западной мемориальной больницы и 1 пациенту из Медицинского центра университета Раш в январе 2007 г. Донор скончался в госпитале Иллинойса спустя 3 дня после тяжелой травмы. По словам представителя организации Gift of Hope, занимавшейся проверкой и снабжением донорскими органами, им было известно, что донор относится к группе высокого риска. Однако поскольку стандартное диагностическое исследование на ВИЧ — энзим-связывающий иммуносорбентный анализ (тест ELISA) — оказалось отрицательным, было принято решение о заборе и пересадке органов, сообщил Дейв Бош. После того, как стало известно о ВИЧ-инфекции и гепатите С у реципиентов органов, Gift of Hope направила образцы крови донора в независимую лабораторию, информировал Бош. По его словам, повторный тест ELISA также оказался отрицательным, однако более чувствительный амплификационный тест (тест NAT) показал положительный результат. Таким образом, предполагается, что донор органов заразился ВИЧ в течение 3 недель до наступления смерти — в этот период стандартные тесты не могут выявлять наличие вируса. Тест ELISA, основанный на обнаружении антител к вирусам, обычно дает положительный результат не ранее чем через 22 дня после заражения ВИЧ и 82 дня после заражения гепатитом С. В отличие от него, тест NAT направлен на обнаружение самого вируса, и дает положительный результат через 12 дней после заражения ВИЧ и через 25 дней после заражения гепатитом С. Однако он не получил широкого распространения, поскольку более сложен и трудоемок, чем ELISA. В настоящее время Gift of Hope решают вопрос о целесообразности замены стандартного теста на тест NAT. Примерно в 9% случаев в США производится трансплантация органов от лиц из группы высокого риска, что связано с дефицитом донорских органов. Определенный риск заражения при трансплантации неизбежен, однако он значительно ниже, чем вероятность умереть, не дождавсь пересадки донорского органа.

Источник: MedPortal

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.											
		350	350	350	350	350	350	350	350	350	350	350	350
		ИТОГО (впишите сумму):											

Квитанцию о переводе оплаченной Вами суммы и бланк заказа высылайте по адресу: 115446, Москва, Коломенский пр., 4, ГКБ 7, Кафедра гематологии и гериатрии ФППОВ 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.rspog.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

ИнтерНьюс

Нанотехнологии разрушения опухоли изнутри. И никакой химии...

Применение наночастиц для диагностики и лечения онкологических заболеваний уже давно занимает умы исследователей. Однако часть клеток не поддается подобной терапии, поскольку не все области опухоли доступны для взаимодействия с наночастицами, так как некоторые регионы опухоли оказываются вдали от кровеносных сосудов, и клетки в таких областях умирают от недостатка кислорода и питательных веществ. Таким образом, внутри опухоли возникает зона некрозов, которая, однако, содержит и некоторое количество живых опухолевых клеток, которые способны метастазировать. При изучении зон некрозов в опухолях неожиданно были обнаружены нормальные макрофаги, которые приходят из кровяного русла, где постоянно циркулируют их предшественники — моноциты. Оригинальный способ борьбы с опухолями «изнутри» опробовала группа ученых из университетов Индианы и Техаса (США). Они предложили начинить наночастицами не непосредственно опухолевые клетки, а те самые моноциты и макрофаги, которые потом внедряются в опухоль, привлеченные остатками мертвых клеток. Для своего исследования ученые взяли золотые оболочки (nanoshells) с внутренним диаметром 60 нм и внешним диаметром 87 нм. При облучении светом определенной длины волны такие наночастицы разогреваются благодаря поверхностному плазмонному резонансу, вызывая фотоиндуцированную гибель клеток. В данном случае максимум поглощения наблюдается при длине волны 754 нм, то есть в ближней инфракрасной области. Такой свет легко проходит сквозь ткани организма. Свойство макрофагов активно поглощать чужеродные для организма предметы пришлось весьма кстати. В качестве опухоли были выбраны клетки рака груди. При росте *in vitro* они формируют плотные шарики около 780 мкм в диаметре, в центре которых образуется зона некрозов. К таким образованиям были добавлены макрофаги, содержащие золотые наночастицы. Через три дня их облучили лазером, окрасили флуоресцентными красителями и увидели, что клетки внутри опухоли действительно погибли. Так была успешно продемонстрирована принципиальная возможность коварного разрушения опухоли в самой ее сердцевине.

Источник: Нанометр

Самые крупные двойняшки

35-летняя Бетт Райдер (Beth Ryder) родила близнецов, общий вес которых составляет 8,5 килограммов, малыши являются самыми тяжелыми разнополыми двойняшками из когда-либо рожденных в Великобритании. Близнецы Тео и Милли появились на свет в одной из больниц Бернли (графство Ланкашир). Роды продолжались 4 часа. Первым на свет появился Тео, весящий 4,8 кг, и вслед за ним — Милли, весом 3,7 кг. По словам счастливой матери, врачи предупреждали ее, что дети будут крупными, однако она не ожидала, что их вес будет столь большим. Райдер сообщила, что после рождения близнецов она почувствовала огромное облегчение, поскольку стала весить на 12 кг меньше. Женщина отметила, что в их семье часто рождаются крупные дети. Собственный вес Бетт, также как и вес ее родной сестры, при рождении превышал 5 кг. Кроме того, остальные дети в семье Бетт — до рождения близнецов их было четверо — весили при рождении более 4 кг. Вес близнецов в большинстве случаев не достигает 3 кг.

Источник: www.medportal.ru

Новая вакцина против ВИЧ оказалась неэффективной

Одна из крупнейших американских фармацевтических фирм Мерк сообщила о том, что полной неудачей закончилось испытание на людях самой многообещающей вакцины против ВИЧ. Вакцина показала хорошие результаты при экспериментах по защите от ВИЧ подопытных приматов — и это беспрецедентный успех. Но эксперимент на людях добровольцев был прерван после того, как испытуемые, привитые новой вакциной, не только оказались уязвимыми для ВИЧ-инфекции — процент зараженных среди них оказался заметно выше, чем в контрольной группе. В тестировании участвовало более 3 тысяч добровольцев из 15 стран.

Такие результаты настолько пошатнули уверенность специалистов, что Энтони Фаучи, глава Американского национального института инфекционных заболеваний, участвовавшего в работе над вакциной, в своем заявлении призвал ученых и фармацевтические фирмы не ставить крест на поисках вакцины. Разработка вакцины заняла больше десятилетия. На работы по ее созданию в США затрачено больше 500 миллионов долларов.

Источник: pharminindex.ru

ПРОТОКОЛЫ МГНОТ

ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ СЕКЦИИ «ЧЕЛОВЕК И ИНФЕКЦИЯ» МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ от 29.03.2006 г.

Сопредседатель секции: Заместитель главного терапевта ГУЗ УДП д.м.н., проф. В.Е. Ноников;
Заместитель главного инфекциониста ГУЗ УДП член-корр. РАМН, проф. Б.П. Богомолов

Оппонент: проф. П.А. Воробьев

Секретарь: И.В. Тюрина

Повестка дня: «Антибиотики и ХОБЛ в терапевтической практике: необходимость или традиции прошлого?»

1. О.Е. Латков (ФГУ ЦКБ УДП РФ) «Принципы диагностики и лечения ХОБЛ».

Хроническая обструктивная болезнь легких — болезненное состояние, которое характеризуется не полностью обратимым ограничением воздушного потока. Это ограничение обычно прогрессирует и связано с патологической воспалительной реакцией легких на вредоносные частицы газа. В последнее время подчеркивается, что при прогрессирующем течении ХОБЛ приобретает формы системного заболевания, т.е. возникает миопатия, признаки системного воспаления и, возможно, остеопороз. Основным фактором риска развития ХОБЛ является табакокурение. ХОБЛ — стадийное заболевание с медленно прогрессирующим течением, проявляется малыми симптомами после 40 лет. На начальной стадии в течение многих лет течет малосимптомно или бессимптомно, поэтому для диагностики необходимо активное выявление больных. Всем больным, имеющим хронический кашель с мокротой или без, а также факторы риска, необходимо проводить простейшее спирометрическое исследование для подтверждения или исключения диагноза ХОБЛ. При этом отдышка не является ранним симптомом ХОБЛ, а является симптомом развернутых стадий. Далее докладчик подробно остановился на правилах проведения спирометрии, являющимся важным диагностическим тестом ХОБЛ.

Следует отметить, что абсолютных критериев дифференциальной диагностики ХОБЛ и бронхиальной астмы нет, кроме того, эти заболевания могут существовать вместе. Отличия состоят в характере воспаления в легочной ткани и эффекте от противовоспалительного лечения глюкокортикостероидами. В случае, если общедоступными методами диагностики нельзя исключить у больного ХОБЛ наличие бронхиальной астмы, то согласно имеющимся рекомендациям по бронхиальной астме, есть правило — лечить больного ХОБЛ как больного бронхиальной астмой, с оценкой эффекта этого лечения с ревизией диагноза через некоторое время.

Особое внимание в докладе было уделено принципам фармакотерапии ХОБЛ. Единственный существующий способ остановить или замедлить прогрессирующее течение ХОБЛ — отказ пациента от курения. Имеющиеся сегодня лекарства не способны остановить прогрессирование ХОБЛ. Главными в симптоматическом лечении ХОБЛ являются ингаляционные бронхолитики. Предпочтительнее использовать комбинированные бронхолитики и пролонгированные бронхолитики. Следует отметить, что 75% затрат на ХОБЛ обусловлено обострением заболевания, где главным симптомом является отдышка. В заключении были представлены показания для госпитализации и принципы лечения обострений ХОБЛ.

Вопросы к докладчику:

Вопрос: Чем тяжелее протекает ХОБЛ, тем меньше оснований назначать глюкокортикостероиды?

Ответ: Основная трудность в лечении больных ХОБЛ в отличие от бронхиальной астмы — это неконтролируемое, очень мощное, с элементами системности воспаление. Глюкокортикостероиды при ХОБЛ помогают хуже, незначительно или умеренно, в отличие от бронхиальной астмы. Когда будет найден лекарственный препарат с хорошей противовоспалительной активностью, тогда будет возможно воздействие на прогрессирующее течение ХОБЛ. Но легкая и даже среднетяжелая степень ХОБЛ не должны обостряться так, что больные будут погибать от этого обострения. В отличие от бронхиальной астмы при ХОБЛ существует четкая зависимость: чем тяжелее стадия заболевания, тем тяжелее и чаще становятся обострения. В связи с тем, что получены убедительные доказательства, что при тяжелой и крайней тяжелой стадии заболевания ингаляционные глюкокортикостероиды способны снизить частоту и тяжесть жизни угрожающих обострений, рекомендуется регулярное применение препаратов данной группы с оценкой эффекта. В случае, если клинического эффекта нет, необходимо пересмотреть лечение. Большие надежды по поводу преодоления резистентности к ингаляционным глюкокортикостероидам связаны с теофилином. Экспериментальные данные свидетельствуют о том, что имеется возможность теофилина преодолевать в некоторой степени резистентность к ингаляционным глюкокортикостероидам у больных ХОБЛ, но это требует клинического подтверждения.

Вопрос: Включен ли в настоящее время хронический гнойный часто рецидивирующий бронхит в ХОБЛ?

Ответ В.Е. Ноникова: Необходимо твердо понять, что ХОБЛ по этиологии, патогенезу, морфологии полностью соответствует хроническому бронхиту. ХОБЛ является закономерным следствием хронического бронхита, поскольку ХОБЛ — это уже формирование обструктивной эмфиземы легких, формирование необратимых изменений. Если необходимо подчеркнуть у пациента наличие хронического гнойного обструктивного бронхита, то после спирометрического подтверждения ХОБЛ, после определения фазы тяжести ХОБЛ в диагнозе можно указать ХОБЛ: хронический гнойный обструктивный бронхит.

2. А.В. Синопальников (Государственный институт усовершенствования врачей МО РФ, ГВКГ им. Н.Н. Бурденко) «Антибиотики при ХОБЛ: pro et contra».

В докладе обсуждалась роль и место антибактериальной терапии в комплексном лечении больных ХОБЛ. Подробно изложив патофизиологические составляющие ХОБЛ, докладчик подчеркнул, что изначально заболевание не является инфекционно зависимым, но на последующих этапах развития и прогрессирования заболевания инфекционный фактор встраивается в патогенез, становится неотъемлемым атрибутом ХОБЛ и уже до некоторой степени определяет течение заболевания. Поскольку большая или меньшая бактериальная нагрузка на дыхательные пути ассоциируется с большей или меньшей частотой обострения ХОБЛ, с большей или меньшей выраженностью бронхообструктивных



нарушений, с большей или меньшей продолжительностью рецидивного течения заболевания и т. д. Таким образом, инфекция имеет определенное значение в патогенезе ХОБЛ, но не на ранних стадиях развития заболевания. До 80% всех обострений ХОБЛ связаны с той или иной инфекцией, где бактерии доминируют. Не следует забывать, что среди всех причин обострений ХОБЛ 20% составляют неинфекционные причины (факторы окружающей среды, низкая комплаентность больных). Основными бактериальными возбудителями обострений ХОБЛ являются: *H. influenzae*, *S. pneumoniae*, *M. catarrhalis*. В исследованиях было показано, что предпочтение следует отдавать защищенным амипеницилинам, макролидам, фторхинолонам. Особое внимание было уделено показаниям для назначения антибактериальной терапии при обострении ХОБЛ согласно рекомендациям МАКМАХ и Российского респираторного общества. В заключении докладчик еще раз подчеркнул, что всегда при решении вопроса о назначении антибиотиков, в том числе и по показаниям, необходимо сохранять разумный баланс. С одной стороны, не назначать антибиотики в случаях где их эффективность не доказана — легкие и нетяжелые обострения ХОБЛ, а с другой — назначать там, где они показаны, и при этом выбирать лучший из имеющихся на сегодняшний день, основываясь на микробиологических знаниях.

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

В докладе была представлена информация о птичьей гриппе (Bird Flu, Avian Flu) H5N1. Птичий грипп — инфекционная болезнь птиц, вызываемая одним из штаммов вируса гриппа, типа А. Этот вирус погибает при нагревании до 70 градусов, устойчив к низким температурам. Резервуаром считаются дикие утки и гуси. Пути заражения — контактный, алиментарный, фекально-оральный, воздушно-капельный. Впервые вирус был выделен в 1997 г. в Гонконге и из 18 заболевших 6 умерло. С 2003—2006 гг. во всем мире документировано и точно установленных диагнозов 186, умерло 105 человек. Следует отметить, что от обычного гриппа каждый год в мире умирает 40 тысяч человек. Домашняя птица умирает от птичьего гриппа за одни сутки, человек обычно погибает на второй неделе после присоединения пневмонии, дистресс-синдрома, осложнений, опасных для жизни. Далее были представлены принципы лечения птичьего гриппа у людей. Ведущая роль в лечении птичьего гриппа принадлежит противовирусным препаратам (озельтамивир, занамивир), которые эффективны, если применение начато в первые три дня от начала заболевания. Особое внимание было уделено схеме лечения больных атипичной пневмонией (SARS) в 2003 г., когда наблюдалась высокая летальность, и точка в решении этой проблемы была поставлена в 2005 г.

В заключение Богомолов Б.П. поблагодарил докладчиков за интересные доклады.

СТАНДАРТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

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

Эти стандарты мало доступны врачам.

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

Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

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

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

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

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

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

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

СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

1. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА

Категория возрастная: взрослые, дети

Нозологическая форма: хронический панкреатит

Код по МКБ-10: K86.1

Фаза: обострение

Стадия: нет

Осложнение: нет

Условие оказания: амбулаторно-поликлиническая помощь

Приложение
к приказу Министерства
здравоохранения и социального развития
Российской Федерации
от 22 ноября 2004 г. № 240

1.1. ДИАГНОСТИКА

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.15.001	Сбор анамнеза и жалоб при болезнях поджелудочной железы	1	1
A01.15.002	Визуальное исследование при болезнях поджелудочной железы	1	1
A01.15.003	Пальпация при болезнях поджелудочной железы	1	1
A02.12.001	Исследование пульса	1	1
A02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	1
A04.15.001	Ультразвуковое исследование поджелудочной железы	1	1
A09.05.003	Исследование уровня общего гемоглобина в крови	1	1
A08.05.003	Исследование уровня эритроцитов в крови	1	1
A08.05.004	Исследование уровня лейкоцитов в крови	1	1
A08.05.006	Соотношение лейкоцитов в крови (подсчет формулы крови)	1	1
A08.05.008	Исследование уровня ретикулоцитов в крови	1	1
A08.05.009	Определение цветового показателя	1	1
A09.05.010	Исследование уровня общего белка в крови	1	1
A09.05.011	Исследование уровня альбумина в крови	1	1
A09.05.021	Исследование уровня общего билирубина в крови	1	1
A09.05.022	Исследование уровня свободного и связанного билирубина в крови	1	1
A09.05.023	Исследование уровня глюкозы в крови	1	1
A09.28.029	Определение диастазы в моче	1	1
A09.04.046	Исследование уровня щелочной фосфотазы в крови	1	1
A09.05.041	Исследование уровня аспартат-трансаминазы в крови	1	1
A09.05.042	Исследование уровня аланин-трансаминазы в крови	1	1
A09.05.044	Исследование уровня гамма-глutamилтрансферазы в крови	1	1
A09.05.045	Исследование уровня амилазы в крови	1	1
B03.016.10	Копрологическое исследование	1	1
A11.12.009	Взятие крови из периферической вены	1	1
A11.05.001	Взятие крови из пальца	1	1
A12.05.001	Исследование оседания эритроцитов	1	1
A03.16.001	Эзофагогастродуоденоскопия	0,5	1
A06.31.001	Обзорный снимок брюшной полости и органов малого таза	0,1	1

2.1. ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА 14 ДНЕЙ

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.15.001	Сбор анамнеза и жалоб при болезнях поджелудочной железы	1	1
A01.15.002	Визуальное исследование при болезнях поджелудочной железы	1	1
A01.15.003	Пальпация при болезнях поджелудочной железы	1	1
A01.14.004	Перкуссия при болезнях печени и желчевыводящих путей	1	1
A08.05.004	Исследование уровня лейкоцитов в крови	1	1
A08.05.006	Соотношение лейкоцитов в крови (подсчет формулы крови)	1	1
A09.05.045	Исследование уровня амилазы в крови	0,5	1
A09.28.029	Определение диастазы в моче	0,5	1
A11.05.001	Взятие крови из пальца	1	1
A25.15.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях поджелудочной железы	1	1
A25.15.002	Назначение диетической терапии при заболеваниях поджелудочной железы	1	1

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД**	ЭКД***
Средства для лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта			1		
	<i>Спазмолитические средства</i>		1		
		Дротаверин	0,5	0,12 г	1,68 г
		Платифиллин	0,5	0,015 г	0,21 г
	<i>Панкреатические энзимы</i>		0,8		
		Панкреатин	1	30 000 ЕД	420 000 ЕД
	<i>Средства для лечения заболеваний, сопровождающимися эрозивно-язвенными процессами в пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке</i>		1		
		Омепразол	0,7	40 мг	280 мг
		Рабепразол	0,3	40 мг	280 мг
Анальгетики, нестероидные противовоспалительные препараты, средства для лечения ревматических заболеваний и подагры			0,4		
	<i>Ненаркотические анальгетики и нестероидные противовоспалительные средства</i>		0,1		
		Парацетамол	1	2,0 г	28,0 г

* — анатомо-терапевтическо-химическая классификация

** — ориентировочная дневная доза

*** — эквивалентная курсовая доза

СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ МИКОЗОМ НОГТЕЙ

1. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА

Категория возрастная: взрослые, дети

Нозологическая форма: Микоз ногтей. Тотальное поражение ногтевой пластины с вовлечением матрикса и при поражении свыше 50% площади

Код по МКБ-10: B35.1

Фаза: хроническая

Стадия: воспаление

Осложнение: Без осложнений

Условие оказания: амбулаторно-поликлиническая помощь

Приложение
к приказу Министерства
здравоохранения и социального развития
Российской Федерации
от 23 ноября 2004 г. № 264

1.1. ДИАГНОСТИКА

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.01.001	Сбор анамнеза и жалоб в дерматологии	1	1
A01.01.002	Визуальное исследование в дерматологии	1	1
A09.01.001	Микроскопия соскоба с ногтей	1	1
A11.01.008	Соскоб с ногтя	1	1

2.1. ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА 6 МЕСЯЦЕВ

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.01.001	Визуальное исследование в дерматологии	1	3
A01.01.002	Сбор анамнеза и жалоб в дерматологии	1	3
A09.01.001	Микроскопия соскоба с ногтей	1	2
A11.01.008	Соскоб с ногтей	1	2
A13.31.001	Обучение самоуходу	1	1
B03.016.04	Анализ крови биохимический общетерапевтический	1	1
A25.01.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях кожи, подкожно-жировой клетчатки, придатков кожи	1	3

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД**	ЭКД***
Противогрибковые средства			1		
	<i>Наружные противогрибковые средства</i>		1		
		Клотримазол	0,5	0,007 г	1,2 г
		Тербинафин	0,5	5,0 г	45 г
	<i>Системные противогрибковые средства</i>		1		
		Тербинафин	0,5	250 мг	21 000 мг
		Итраконазол	0,4	400 мг	8 400 мг
		Флуконазол	0,1	150 мг	3 600 мг

* — анатомо-терапевтическо-химическая классификация

** — ориентировочная дневная доза

*** — эквивалентная курсовая доза.

2. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА

Категория возрастная: взрослые, дети

Нозологическая форма: Микоз ногтей. Дистальное, дистально-латеральное поражение ногтевой пластины без вовлечения матрикса и поражением менее 50% площади

Код по МКБ-10: B35.1

Фаза: хроническая

Стадия: воспаление

Осложнение: Без осложнений

Условие оказания: амбулаторно-поликлиническая помощь

2.1. ДИАГНОСТИКА

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.01.001	Сбор анамнеза и жалоб в дерматологии	1	1
A01.01.002	Визуальное исследование в дерматологии	1	1
A09.01.001	Микроскопия соскоба с ногтей	1	1
A11.01.008	Соскоб с ногтя	1	1

2.2. ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА 6 МЕСЯЦЕВ

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.01.001	Визуальное исследование в дерматологии	1	3
A01.01.002	Сбор анамнеза и жалоб в дерматологии	1	3
A09.01.001	Микроскопия соскоба с ногтей	1	2
A11.01.008	Соскоб с ногтей	1	2
A13.31.001	Обучение самоуходу	1	1
A25.01.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях кожи, подкожно-жировой клетчатки, придатков кожи	1	3

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД**	ЭКД***
Противогрибковые средства			1		
	<i>Наружные противогрибковые средства</i>		1		
		Клотримазол	0,5	0,007 г	1,2 г
		Тербинафин	0,5	5,0 г	45 г

* — анатомо-терапевтическо-химическая классификация

** — ориентировочная дневная доза

*** — эквивалентная курсовая доза

В советское время большинство исправительно-трудовых учреждений управлялись изнутри авторитетными заключенными, и относились к так называемым «черным зонам». В то недалекое время пожилые заключенные в местах заключения находились на низком уровне в уголовной иерархии, они испытывали давление со стороны молодых заключенных, что влияло в оскорбительное и презрительное к ним отношение, которое было вызвано утратой физической силы, воли и здоровья.

А можно остаться? На зоне...

Темаев Т.В.



Современная действительность несколько изменила существующее положение: больше стало так называемых «красных» или «красно-бурых зон», где влияние криминала на функционирование учреждения невелико или отсутствует вовсе, а влияние администрации существенно. Пожилые заключенные в таких учреждениях, напротив, превратились в относительно привилегированную возрастную группу по причине обладания материальными средствами (пенсией, пособием по инвалидности). Из интервью с сотрудниками исправительных учреждений следует, что пожилые заключенные формально социально защищены: они получают пенсию, что позволяет им покупать продукты питания, сигареты. Среди молодого поколения находятся лица, которые за чай и сигареты готовы выполнить какую-либо работу для пожилых, что и ставит их на особое положение. Справедливости ради, необходимо подчеркнуть, что не все заключенные третьего возраста получают пенсии по причине отсутствия у них паспорта, документов на инвалидность, но в рамках исправительного учреждения все это реально восполнить, что и осуществляется с переменным успехом.

С другой стороны, в условиях таких положительных исправительных учреждений имеет место взаимное «заражение» заключенных, которое не является только криминальным. Взаимопроникновение имеющихся у них искажений потребностей, интересов, привычек, вызванных режимом, а также распространение и навязывание обычаев, традиций и иерархии, бытующей в преступной среде, оставляет неизгладимый след инфантилизма на подавляющей части заключенных третьего возраста.

Исследование европейских практик «подготовки» заключенного к выходу на свободу показало, что на современном этапе оно может считаться перспективным лишь при постепенном процессе освобождения и долгой информационной и практической подготовке. В российских условиях данная концепция не реализуется вовсе. Как отмечают сотрудники учреждений, специального акцента на пожилых заключенных в плане их подготовки к освобождению нет. Заключенных всех возрастов, кроме несовершеннолетних, готовят к посттюремной адаптации одинаково. Речь идет о выяснении места его предполагаемого проживания, наличии у него родственных связей, готовности родственников его принять. При этом отмечается, что никакого перевоспитания и исправления не происходит, так как сидят уже не первый раз и имеют свою линию поведения, а условия режимного учреждения начисто «выбивают» самостоятельность, поэтому на свободе наблюдается полная неспособность к жизнедеятельности.

В целом, в посттюремный период государственная поддержка лиц третьего возраста, освобожденных из исправительного учреждения, сводится к разовой беседе и направлению в дом престарелых или в постпенитенциарное учреждение (для лиц пожилого возраста, у которых отсутствует собственное жилье или родственники, желающие его принять). Общественный сектор поддержки, такой, как дореволюционная практика посещения тюрем, и заимствование европейского опыта находится на стадии восстановления, а советская система поддержки и перевоспитания в трудовом коллективе, такая, как «взятие на поруки», «шефство», на данный момент утрачена. Хотя к человеку пенсионного возраста, освободившемуся от отбывания наказания в местах лишения свободы, ее применение было бы невозможным по причине нахождения вне трудового коллектива.

Помимо прочих, социально значимых факторов успешной адаптации на свободе, таких, как наличие семьи, друзей, увлечений, осуществление трудовой деятельности, первостепенным является желание человека не возвращаться в исправительное учреждение, не совершать преступных действий. У пожилых заключенных, к сожалению, наличие такого желания не наблюдается. Как отмечают сотрудники исправительных учреждений, уже в колонии для несовершеннолетних отмечается нежелание многих ее членов участвовать в общественной жизни (в так называемом активе), так как во взрослой колонии это считается недостойным занятием, то есть уже в молодом возрасте нежелание продолжать преступную карьеру. Что же касается пожилых заключенных, то у них если и присутствует желание освободиться, то в реальности оно подразумевается освобождение на время, для решения личных проблем (дочь замуж вышла, внучка родилась и т. п.) и не в коем случае не является следствием перевоспитания и исправления личности пожилого заключенного. Еще одной причиной, по которой пожилой заключенный проявляет желание освободиться, является плохое состояние здоровья, речь идет о тех заболеваниях, оказание помощи при которых в рамках исправительного учреждения является невозможным.

Продолжение на стр. 8

ИнтерНьюс

Голикова рассказала Путину про ДЛО. Что знала...

С 1 января 2008 г. начнет действовать новая схема дополнительного лекарственного обеспечения (ДЛО) льготных категорий российских граждан, сообщила на встрече с Владимиром Путиным глава Минздравсоцразвития Татьяна Голикова. Она пояснила, что со следующего года ДЛО будет разделено на две составляющие, одну из которых будет осуществлять федеральный центр, а вторую — субъекты Федерации. По словам Голиковой, за счет федерального бюджета будет осуществляться финансирование дорогостоящих препаратов для лечения 7 особо тяжелых заболеваний, выделенных в отдельную группу. Она сообщила, что 25 декабря эти лекарственные средства должны поступить в субъекты Федерации и к 1 января — непосредственно в аптеки. Все остальные полномочия по ДЛО с 1 января 2008 г. переходят к органам исполнительной власти субъектов Федерации. На закупку лекарств субъектами Федерации в будущем году будет выделено 27 миллиардов рублей. На эти деньги будут приобретаться препараты, «исходя из выбора, который сделали граждане по состоянию на 1 октября 2007 г.», сказала министр. Президент, в свою очередь, уточнил, что «субъекты Федерации получают на эти цели федеральные деньги». Голикова также рассказала главе государства о подготовке регионов к проведению аукционов на закупку лекарственных препаратов, отметив, что «есть беспокойство по трем субъектам Федерации, которые пока не предоставили информацию о сроках их проведения, это Приморский край, Ненецкий автономный округ и Чеченская республика». Министр отметила, что к концу ноября Минздравсоцразвития намерено «четко отфиксировать степень готовности субъектов Федерации к реализации программы ДЛО, которая будет осуществляться ими с 1 января 2008 г.». Голикова сообщила также, что в правительство внесен проект постановления о строительстве в 2008 г. на территории РФ перинатальных центров. Она пояснила, что речь идет о строительстве ряда новых региональных центров и об открытии 3 филиалов федеральных перинатальных центров. Кроме того, по ее словам, планируется выделить дополнительные средства на реконструкцию и дооснащение уже имеющихся центров и доведение до конца ранее начатого строительства. «Такой подход позволит нам ввести в строй часть перинатальных центров уже в 2008 г.», — отметила глава Минздравсоцразвития, подчеркнув, что программа создания таких центров «получила абсолютную поддержку в субъектах Федерации».

Источник: РИА НОВОСТИ

Люди слепнут...

Лишь менее половины людей в возрасте 40 лет и старше регулярно проверяют зрение, а 40% представителей этой возрастной группы даже не подозревают о том, что глаукома является вторым по значимости заболеванием, приводящим к слепоте. Эту тревожную статистику выявил опрос, проведенный международной исследовательской организацией GfK Group среди 4352 мужчин и женщин в Австралии, Бразилии, Германии, Японии, Испании, Великобритании и США. Согласно исследованию, проводившемуся в рамках глобальной инициативы «Все внимание глаукоме», лишь каждые 2 из 5 опрошенных обращались в прошедшем году к врачу-офтальмологу, чтобы проверить зрение. Между тем, глаукома или повышенное глазное давление относится к той группе заболеваний, которая может, не обнаруживая себя какими-либо симптомами, незаметно и неожиданно привести к слепоте. Только в США глаукомой больны свыше 3 млн человек. Во всем мире глаукомой поражены почти 70 млн человек, а 6,7 млн полностью потеряли по этой причине зрение. Специалисты предсказывают к 2020 году увеличение числа больных глаукомой до 80 млн, объясняя это ускорением процесса старения населения — быстрым нарастанием доли пожилых в обществе.

Источник: tma.ru

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	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	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 8-499-782-31-09 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

ИнтерНьюс

Говорящий мозг

Американские ученые разрабатывают технику преобразования электрических импульсов нейронов головного мозга в звуковые сигналы. Вживленный в мозг электрод позволяет преобразовывать в звуки отдельные гласные, которые воспроизводит в уме человек. В будущем эта технология позволит полностью парализованным больным общаться с окружающими. Единственный участник эксперимента, 28-летний британец Эрик Рамсей, был полностью парализован в результате тяжелой травмы, полученной в ДТП 9 лет назад. Сейчас он может общаться с врачами и близкими только посредством движений глаз. В 2004 г. молодому человеку вживили в мозг электрод, фиксирующий электрическую активность нескольких десятков нейронов, управляющих движениями языка и губ. Проанализировав модели активности нервных клеток, ученые научились различать отдельные звуки, которые больной воспроизводит в уме. На данном этапе эксперимента отдельные гласные звуки распознаются с точностью до 80%. В будущем исследователи рассчитывают добиться различения отдельных слов, а затем и целых фраз. Процесс считывания будет проходить в режиме реального времени, что даст пациенту возможность моделировать собственные мысли наиболее подходящим для распознающего устройства образом. Отчет о предварительных результатах эксперимента был представлен одним из авторов исследовательского проекта Д. Брумбергом (Бостонский университет) на конференции Американского общества Неврологии в Сан-Диего. Обещающая вернуть речь парализованному британцу техника — далеко не первая подобная разработка. Некоторое время назад сотрудники Университета реабилитации Чикаго представили публике устройство Audeo, которое не только воспроизводит речь, но и позволяет больным управлять перемещениями моторизованной инвалидной коляски. Однако Audeo считывает электрические сигналы непосредственно с нервных волокон, управляющих мышцами речевого аппарата, а значит, не может помочь большинству больных с полным параличом. Считывание данных непосредственно с коры головного мозга пытались применить и ранее: в США проходит эксперимент с участием пациента, которому вживленные в мозг электроды дали возможность управлять движениями курсора на компьютере или пользоваться некоторыми бытовыми приборами.

Источник: Medportal.ru

От вина голова болеть не будет. А от водки?

Ученые из Калифорнийского университета создали прибор, позволяющий предотвратить головную боль после употребления красного вина. Действие портативного прибора основано на определении уровня биогенных аминов — компонентов красного вина, сыра, шоколада, образующихся в процессе их созревания или ферментации. Согласно одной из популярных теорий, именно эти составляющие могут вызывать головные боли, эпизодический подъем артериального давления и другие неприятные симптомы. Р. Мэттес использовал прибор для определения уровня биогенных аминов в различных винах (белых и красных), пиве и саке. С помощью теста, относящегося к категории так называемой «лаборатории на чипе», анализировалось содержание двух биогенных аминов — тирамина и гистамина — в капле жидкости. Выяснилось, что прибор размером с чемоданчик способен безошибочно определять уровень этих веществ в напитке в течение 5 минут, сообщили ученые. Результаты исследования показали, что наименьший уровень биогенных аминов содержался в пиве. Наибольшее количество гистамина было обнаружено в саке. В тоже время красное вино отличалось наиболее высоким уровнем — тирамина, однако в разных марках вин уровень биогенных аминов существенно различался. В настоящее время исследователи пытаются уменьшить новый прибор до размеров карманного компьютера. В этом случае люди смогут брать его с собой в ресторан, чтобы тестировать любимые вина на содержание токсичных аминов, и делать выбор на основании полученных результатов. Ученый также высказался в пользу того, чтобы производители начали указывать уровень биогенных аминов на бутылочных этикетках.

Источник: Analytical Chemistry

Начало на стр. 7 ↗

Затрагивая тему здоровья пожилого заключенного, нельзя не остановиться на таком типичном для исправительного учреждения заболевании, как туберкулез, который имеет широкое распространение в среде заключенных, содержащихся большими группами в плохо проветриваемых помещениях. Не хотелось бы говорить о пенитенциарной системе как о рассаднике туберкулеза, но что есть, то есть, туберкулез — это заболевание, сопутствующее содержанию заключенных в местах лишения свободы. Актуальными на сегодняшний день тенденциями, связанными с туберкулезом, являются:

1. Добровольное заражение туберкулезом среди заключенных. Безусловно, трудно доказать, сам заключенный заразился или нет: они сидят в одной камере, пьют вместе из одной чашки так называемый чифирь, в данных условиях говорить о какой-то гигиене, личной защищенности не приходится. Тем не менее, многие осознают, что при заболевании туберкулезом им гарантированы легкие режимные требования, улучшенное и усиленное питание (творог, молоко, овощи, сметана, мясо).

2. Сознательное уклонение заключенных от лечения. Персонал учреждения сталкивается с серьезной проблемой, которая заключается не в отсутствии оборудования или медицинских препаратов: не ухудшить свое здоровье в специализированном учреждении реально, так как они имеют оборудование лучшее, чем во многих больницах, осуществляется полный комплекс диагностики, лечения и питания. Речь идет о невозможности отслеживания выполнения заключенными всех предписаний врача.

Практика показывает, что и на свободе бывшие заключенные в основном не лечатся. Даже если они освобождаются из специализированного учреждения как выздоровевшие, то при последующих поступлениях отмечается, как правило, ухудшенное состояние здоровья. Сам заключенный не заинтересован в своем выздоровлении, поэтому выздороветь ему невозможно. Он будет ухудшать свое положение, в результате заболевания расстраивается психика и человек начинает принимать наркотики, алкоголь. Таким социально запущенным индивидам вернуться к нормальной жизни вне стен исправительного учреждения практически невозможно, так как совершенно отсутствует какая-либо база, особенно если он социально не защищен, то есть не получает пенсии (по причине отсутствия паспорта), не имеет жилья, близких. Многие заключенные уходят из специализированного учреждения, к сожалению, с активной формой туберкулеза. Для такой категории граждан требуется принудительное лечение, так как этот человек болен сам и может заразить других, но на свободе он сам себе хозяин, на нем не написано, что он болен, поэтому проблема отсутствия принудительных центров лечения по-прежнему остается актуальной.



В целом, лечиться не хотят молодые, пожилые, напротив, демонстрируют такое желание, так как у них действительно плохое состояние здоровья, и они с врачами не спорят. Многие сожалеют о том, что не «подлечились» в молодости, так как сейчас чувствовали бы себя лучше. А молодые, которые чувствуют, что заболели, но физически ощущают себя еще нормально, продолжают ухудшать свое состояние. Не все, конечно, но есть индивиды, которые раньше уже заболели и отлично знают, что и как делать для продления имеющегося заболевания. В итоге, если человек доживет до пожилого возраста, то исправительное учреждение получит курящего, пьющего или сидящего на наркотиках и, возможно, с запущенной формой туберкулеза заключенного, воздействие на которого воспитательных и исправительных мер режима исправительного учреждения будет категорически невозможным.

Заключенные пожилого и старческого возраста равнодушно относятся к требованиям соблюдения режима, к своему исправлению относятся скептически, считают, что свою жизнь они закончат в колонии. Более того, пожилые заключенные рассматривают исправительное учреждение как единственно возможное место своего проживания, так как идти им некуда, жить не на что, здоровье слабое. Нередко сотрудникам учреждений приходится буквально «вытаскивать» заключенных из колонии, так как они не готовы справиться с «ситуацией освобождения» и не готовы к жизни в условиях нормального общества.

Имеют место такие случаи, когда заключенные «вцепляются» сотрудникам в ноги», прося и требуя не освобождать их, так как идти им некуда. Другой вариант — временное проживание на теплотрассах с последующим возвращением в исправительное учреждение либо с просьбой о предоставлении возможности остаться, либо путем добровольного совершения преступления с целью возвращения в то место, где его лечат, кормят и предоставляют лучшую, чем он имел на свободе, постель для ночлега. То есть, некоторые пожилые заключенные, освобожденные от отбывания наказания в местах лишения свободы, специально идут на не тяжкое преступление для того, чтобы перезимовать или поправить здоровье.

Пожилые заключенные не то чтобы боятся «тюрьмы», они не представляют свою жизнь без нее. Если посмотреть на жизненный путь пожилого заключенного, то выяснится, что он сидит практически всю жизнь, здесь он вырос, стал человеком, здесь ему все знакомо, его уважают, за ним следят, его лечат и кормят. Жизнь за пределами даже «краснобурой» зоны представляется временно желанной, так как она полна опасностей и лишений, она жестока по отношению к пожилому «зеку», там его никто не ждет, он никому не нужен.

Поэтому не лучше ли разрешить ему остаться в стенах исправительного учреждения до конца, вплоть до ухода из жизни?

Саратов издавна не был городом передовых технологий. Однако на заре Советской власти Саратовский губернский совет народных комиссаров принимает декрет об отмене частного владения женщинами. Вот что говорится в этом документе: «Законный брак... несомненно является продуктом того социального неравенства, которое должно быть с

ОБЩИЙ АНАЛИЗ

от П. Медика

ДЕКРЕТНЫЙ ОТПУСК И РЕШЕНИЕ ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ!

корнем вырвано в Советской республике. До сих пор законные браки служили серьезным оружием в руках буржуазии в борьбе с пролетариатом, благодаря им все лучшие экземпляры прекрасного пола были собственностью буржуазии, империалистов, и такой собственностью не могло не быть нарушено правильное продолжение человеческого рода. Потому Саратовский губернский совет народных комиссаров с одобрения Исполнительного комитета Губернского совета рабочих, солдатских и крестьянских депутатов постановил:

1. С 1 января 1918 года отменяется право постоянного пользования женщинами, достигшими 17 лет и до 32 лет.
2. Действие настоящего декрета не распространяется на замужних женщин, имеющих пятерых и более детей.
3. За бывшими владельцами (мужьями) сохраняется право на внеочередное пользование своей женой.
4. Все женщины, которые подпадают под настоящий декрет, изымаются из частного владения и объявляются достоянием всего трудового класса.

5. Распределение отчужденных женщин предоставляется Совету рабочих, солдатских и крестьянских депутатов, уездными и сельскими по принадлежности.

6. Граждане мужчины имеют право пользоваться женщиной не чаще четырех раз в неделю, в течение не более трех часов при соблюдении условий, указанных ниже.

7. Каждый член трудового коллектива обязан отчислять от своего заработка два процента в фонд народного образования.

8. Каждый мужчина, желающий воспользоваться экземпляром народного достояния, должен представить от рабоче-заводского комитета или профессионального союза удостоверение о своей принадлежности к трудовому классу.

9. Не принадлежащие к трудовому классу мужчины приобретают право воспользоваться отчужденными женщинами при условии ежемесячного взноса, указанного в п. 7 в фонд 1000 руб.

10. Все женщины, объявленные настоящим декретом народным достоянием, получают от фонда народного поколения вспомоществование в размере 280 руб. в месяц.

11. Женщины, забеременевшие освобождаются от своих обязанностей прямых и государственных в течение 4-х месяцев (3 месяца до и 1 после родов).

12. Рождающиеся младенцы по истечении месяца отдаются в приют «Народные ясли», где воспитываются и получают образование до 17-летнего возраста.

13. При рождении двойни родительнице дается награда в 200 руб.»

Вот такая вот забота о демографии. Может быть нам вернуться к этому передовому опыту, почти вековой давности. Глядишь, начнут все рожать. И никаких «материнских капиталов» не понадобится.

(Документ цитирован по М. Веллер, А. Буровский «Гражданская история безумной войны». Москва, АСТ, 2007).

Бавария — крупнейшая земля ФРГ, страна бесплатного образования всех уровней. Здороваясь, баварцы говорят «грюс гот», что приблизительно означает «слава Богу». Среди постоянно проживающего населения крайне редко встречаются «запущенные» стадии болезней, т. к. очень развита ранняя диагностика и профилактика. По существующим в Германии стандартам, от любого населенного пункта до ближайшей больницы должно быть не более 20 минут езды, а осна-

Годовой бюджет клиники составляет около 10 млн евро. Впрочем, дорога она вовсе не для пациентов — они не платят за лечение из своего кармана, там нет «чистогана». Источники финансирования — средства университета, федеральных министерств здравоохранения и науки, земельного правительства Баварии, больничных страховых касс, а также порой обильные благотворительные пожертвования, в том числе из разных религиозных конфессий.

В больнице очень высок удельный вес перспективных и новаторских научных исследований, и потому здесь трудятся не только клиницисты, но и теоретики-ученые. Больные от этого только выигрывают, т. к. существенно повышается степень инноваций, качество диагностики и результативность лечения, которое, как правило, носит интенсивный и комплексный характер.

Медицина по-Баварски на взгляд российского ученого

Шапошников Е.А.

(ГНЦ Институт медико-биологических проблем, Москва, Мюнхенский университет им. Людвига Максимилиана)

шение периферийных больниц уступает городским только изредка. Например, компьютерный томограф, а в последние десятилетия магнитно-резонансная техника — обязательная норма для немецких стационаров и даже амбулаторий некоторых частнопрактикующих врачей. А в крупных клиниках, например, в одной университетской больнице Мюнхена, томографов около 10 (как компьютерных, так и ядерно-магнитных). Широко используется чрезвычайно дорогостоящая и сложная в эксплуатации позитронно-эмиссионная томография, которая с огромной диагностической и научной пользой «как часы» функционирует в институте Макса Планка (учреждение, объединяющее множество прекрасно оснащенных, всемирно известных, конкурентноспособных, а порой и самофинансируемых научных центров по всей стране). В Мюнхене к этому всегерманскому Институту (фактически, это аналог нашей РАМН, но с другими принципами работы) относится, в частности, объединенная Клиника неврологии и психиатрии, где соответствующие отделения («абтайлунги») работают под одной крышей. Неврологи и психиатры тесно между собой взаимодействуют, что способствует ошутимому прогрессу в исследовании нейродегенеративных заболеваний (болезнь Альцгеймера, Паркинсона, инсульты и др.). В последние 10–15 лет увеличивается тенденция к мощной психологической «подкованности» будущих врачей. В учебных программах значительное место уделяется таким предметам, как медицинская, клиническая, общая психология, психотерапия, психопатология, психопсихология, психогигиена, психопрофилактика и психореабилитация. Студентов старших курсов знакомят с основами «народной» медицины, акупунктуры, мануальной рефлексотерапии, физиотерапии, гомеопатии, лечебной физкультуры (ее называют «больничная гимнастика»). В целом, установка на то, чтобы врач работал не только головой, но и руками, конечно, на 4–5 лет удлиняет срок подготовки дипломированного врача, что, однако, всеми приветствуется.

В западной медицине все шире внедряется термин нейропсихиатрия (аналог нашей «психоневрологии», введенной В.М. Бехтеревым). В этом для немецких врачей кроется большой смысл, т. к. неопровержимым считается условием грани между неврологией и психиатрией. Поэтому многие специалисты осваивают эти две специальности, живут и работают под лозунгом: «Учиться, учиться и учиться». В повседневной медицинской практике хирургия в Германии не столь приоритетна, как у нас. Весьма востребованы «консервативные» методы лечения: рефлексотерапия, психотерапия, физиотерапия, этномедицинские (народные) методы, которые охотно используют даже «академические» врачи. Немало индивидуально работающих «целителей», окончивших специальные курсы, находящиеся под жестким контролем местных органов здравоохранения. Народные лекари не входят в систему медицинского страхования, оплату за свою работу они (под присмотром налоговой и лицензионной служб) получают непосредственно от пациентов.

Пациентам (получается, что они нужны врачу больше, чем он им) нравится, когда лечащий врач, высоко «держат марку» (особенно частнопрактикующий), не только с умным видом выписывает лекарства, не приподнимаясь из-за стола, но является обаятельным специалистом широкого профиля, разбирающимся в смежных областях медицины, который самостоятельно, «своими руками» осуществляют лечебные процедуры: массаж, акупунктуру, остеопатические и «мануальные» приемы, даже установку обычной капельницы. Врачи порой даже инъекции делают самостоятельно, не дожидаясь, когда освободится медсестра. А ведь для этого надо много учиться на всевозможных курсах, конгрессах.

Мне удалось познакомиться с рядом больниц и, думаю, российским врачам будет небезынтересно узнать, в каких условиях трудятся их немецкие коллеги. Одна из них — клиника «Гросс-Хадерн» Мюнхенского университета имени Людвига-Максимилиана. Она рассчитана на 1500 коек и считается крупной. В больнице трудятся около 400 врачей и 800 медсестер. Среди последних много иммигрантов — врачей из стран СНГ, особенно Украины, которым не удалось подтвердить легитимность советского и постсоветского диплома. Нетрудно подсчитать, что на одного врача приходится четверо больных, а на медсестру (у них очень много обязанностей) — только двое. В больнице оказывается помощь практически по всем направлениям медицины — педиатрии, психиатрии, офтальмологии, урогинекологии и т. д. В университетской поликлинике, которая расположена в этом же здании, также представлены разнообразные специальности.



Устроиться на работу будущим врачам (тем более высокооплачиваемым радиологом или дантистом), молодым специалистам, даже гражданам страны, весьма сложно. Выпускникам медицинских факультетов, а также врачам, приезжающим «по квотам» на постоянное место жительства, приходится месяцами искать работу по всей стране — причем без гарантии. Тем же, кто после легализации диплома в течение 11 месяцев не нашел врачебной должности, диплом может быть аннулирован. Особенно если они специализируются по педиатрии или офтальмологии (имеет место перепроизводство таких врачей). Ну, а если место ищет женщина, то ее шансы и вовсе невелики. Тогда приходится устраиваться медсестрой или искать другое (немедицинское) занятие. Немецкие пациенты стабильно предпочитают лечащих врачей мужчин, предпочтительно старше 35–45 лет, известных, авторитетных и с хорошей репутацией. Бюргеры кому попало свое здоровье не доверяют.

Однако, допустим, что молодому специалисту повезло — он попал в сельскую или отдаленную местность. Сначала «счастливчик» должен отработать 2–3 года по контракту, получая чисто символическую зарплату, практически за кров и питание. Если руководство удовлетворено «ударной» работой молодого специалиста, то контракт с ним продлевается и его зарплата (в пределах 4–5 тыс. евро в месяц) становится вполне приемлемой, хотя все равно далекой от желаемого. Успешный частник зарабатывает 10–20 и даже больше тыс. евро в месяц. Вообще, 5–10 лет работы врача в «низовом» звене здравоохранения (скорая помощь, приемный покой, суточные дежурства, дежурность в больничных отделениях, амбулаториях) очень важна для дальнейшей врачебной и медицинской карьеры. Считается, что врач, не «повозившийся в лечебной грязи», «не понюхавший» выделения тяжелобольных, не запачкавший кровью пациентов, будь он хоть «семи пядей во лбу», не станет тонким диагностом и разносторонним терапевтом. Поэтому медицинский «белоручка», а также специалист в области теоретической медицины, без «черновой» практики не имеет шансов получить разрешение на лечебную работу, тем более, стать хорошим частнопрактикующим врачом.

Практикуются ли в больницах Германии взятки? Все говорят «нет». Разоблаченный «мздоимец» с позором изгоняется с работы (в лучшем случае, а худшем — подвергается следственным действиям, становится на полицейский учет). Все дают детальную и правдивую информацию о своем профессиональном пути. Ложная информация об ученой степени, звании подлежит уголовному преследованию. Преступлением считается и неправомерная выдача «больничного листа», хотя немецкие частнопрактикующие врачи, в отличие от наших, имеют право выдавать юридически «полновесное» экспертное заключение об освобождении от работы, дееспособности и т. д.

Чтобы не потерять работу, немецким врачам приходится все время думать о конкуренции и, следовательно, повышении своей квалификации и постоянно совершенствоваться на всевозможных курсах и циклах. Фактически они учатся (даже профессора) всю жизнь, т. к. конкуренция, особенно в сфере частной практики, очень сильна. К их услугам помимо курсов, семинаров, мастер-классов 1–2 раза в год, полтора десятка медицинских газет, издающихся на немецком и сотни медицинских журналов на английском. И все это можно найти в больничной и тем более университетской библиотеке. Каждый врач здесь обязан выписывать не-

ИнтерНьюс

Мир не справляется с материнскими смертями

Количество материнских смертей во всем мире за последние 20 лет практически не сократилось, и каждый год во время беременности или при родах умирают около 500 тыс. женщин, заявляют ученые. Опубликованы данные глобального исследования, в ходе которого анализировалась ситуация с материнскими смертями в различных регионах мира. По мнению авторов исследования, с 1990 по 2005 год материнская смертность сократилась менее чем на 1%. Это значит, что миру будет крайне трудно до 2015 года уменьшить количество материнских смертей на 75%, что предусмотрено в принятой ООН Декларации тысячелетия — своде задач в области развития, которые поставило перед собой международное сообщество. По данным профессора Кена Хилла из Гарвардского университета, половина всех смертей во время беременности или при родах происходит в Центральной Африке. В этом регионе за последние 20 лет статистика изменилась очень незначительно.

Источник: *Lancet*, 2007

Как лечить рак простаты лучше

Ученые еще не проводили рандомизированных исследований по сравнению различных методов лечения рака простаты, однако известно, что после хирургического лечения выживаемость пациентов равна минимум 10 лет и превышает таковую после других способов терапии. Швейцарские ученые провели анализ Женевской Онкологической базы данной и оценили выживаемость 844 пациентов с локализованным раком простаты. Из них 158 мужчинам была произведена полная или частичная резекция простаты, 205 пациентов получили лучевую терапию, 375 пациентов подверглись активному наблюдению, 72 мужчины получили гормональную терапию, а 31 пациент — другой вид терапии. Период наблюдения колебался от 0 до 15,8 лет и в среднем составлял 6,7 лет. Через 10 лет риск смертности у пациентов, получавших лучевую терапию или активное наблюдение, был значительно выше, нежели после простатэктомии. 10-летняя выживаемость после простатэктомии составила 83%, после лучевой терапии — 75%, при активном наблюдении — 72%, гормональной терапии — 41%, а при других видах лечения — 41%. Особенно показатель смертности возрастал у пациентов моложе 70 лет и при плохо дифференцированных опухолях. Авторы сделали вывод, что, в отсутствие рандомизированных данных, пациенты должны быть информированы о полученных результатах и преимуществах хирургического подхода.

Источник: *Arch. Intern. Med.* 2007; 167 (18): 1944–1950

Исследование CORONA: продемонстрирован незначительный положительный эффект статинов при ХСН

Это первое рандомизированное контролируемое исследование, в котором использовался розувастатин, показавшее незначительный эффект препарата в сравнении с плацебо на исходы сердечно-сосудистых заболеваний (кардиоваскулярная смерть, фатальный инфаркт миокарда или инсульт). В исследование были включены пожилые люди (5011 пациентов) со II–IV степенями систолической сердечной недостаточности (по NYHA) с фракцией выброса не выше 40%, не нуждающиеся в холестерин-модифицирующей диете и уже получающие перманентную терапию своего основного заболевания. Средний срок наблюдения за больными составил 33 месяца.

Исследователи отмечают, что ежедневный прием розувастатина в дозе 10 мг/сутки не дает значимого эффекта на конечные точки (инфаркт миокарда, инсульт), однако вызывает ожидаемое снижение ЛПНП, С-реактивного белка. Также отмечено снижение количества госпитализаций от сердечно-сосудистой, в том числе сердечной недостаточности: число госпитализаций от причин, не связанных с сердечно-сосудистой патологией, составляло 35,6% против 38% в группе, получавшей плацебо. Количество госпитализаций, связанных с сердечно-сосудистыми событиями, составило 22,9% в группе розувастатина и 25% в группе с использованием плацебо.

Источник: *Medscape*

ИнтерНьюс

Европейцы договорились об этичности эмбриональных технологий

Министры по охране окружающей среды ЕС окончательно одобрили рекомендации ЕС по развитию генной терапии, оставляя за государствами-членами право наложения запрета на исследование эмбриональных клеток человека по этическим причинам. Законопроект, принятый 30 октября 2007 г., содержит технические детали о регулировании на уровне ЕС видов так называемой «углубленной терапии» — генной терапии, терапии взрослыми стволовыми клетками и тканевой инженерии. Терапия стволовыми клетками в будущем, как утверждают эксперты, может быть ключевой для лечения слепоты, травм спинного мозга, болезни Альцгеймера и Паркинсона. Однако вокруг этого вида «углубленной терапии» возникает много споров, поскольку клетки извлекаются из человеческих эмбрионов. Эта практика в настоящий момент законна только в нескольких странах — в том числе и в Британии, а новые правила поддерживают право каждого государства-члена ЕС на запрет как исследований, так и продажу лекарств, которые получают из клеток человеческих эмбрионов. Соглашению предшествовала бурная дискуссия в Европарламенте: некоторые консервативные депутаты добивались исключения из текста законопроекта лекарств, способ производства которых противоречит этическим нормам. Похожий спор имел место и в 2006 г., когда государства-члены ЕС разошлись во мнении относительно того, должен ли ЕС финансировать «этически сомнительные» исследования человеческих эмбрионов. Окончательный компромисс состоял в том, что фонды ЕС не будут финансировать исследования ученых по извлечению стволовых клеток из человеческих эмбрионов, однако ученым будет позволено получать финансирование для работы над этими проектами из других источников. В настоящий момент на европейских рынках не существует доступных лекарств, основанных на стволовых клетках, поскольку они еще не разработаны. По новым правилам углубленные виды терапии и лекарства, которые используются в них, должны быть подвергнуты оценке с точки зрения научной безопасности, которая будет проводиться на уровне ЕС специальным комитетом в Европейском Агентстве по лекарствам со штаб-квартирой в Лондоне.

Источник:
EUobserver.com

Вместо головы пришли колено

Хирурги из танзанийской больницы Мухимбили в Дар-эс-Салаам перепутали пациентов-тезок. Мужчине, повредившему колено во время езды на мотоцикле, прооперировали голову, а его соседу по палате, страдающему тяжелыми мигренями, сделали операцию на здоровом колене. В настоящее время Эммануэль Дидас, перенесший операцию на головном мозге, находится в бессознательном состоянии в отделении интенсивной терапии. Его тезка — студент Эммануэль Мгайа выздоравливает после незапланированной операции на колене. Врачи больницы Мухимбили отказались комментировать произошедшее. Между тем, родственники одного из пострадавших решительно настаивают на выяснении обстоятельств этого дела. «Это настоящая халатность, поскольку врачи должны знать, что колено расположено очень далеко от головы», — заявил один из родственников Дидаса, дежуривший около дверей отделения интенсивной терапии. — «Врачи даже не сказали нам, что Эммануэль перенес операцию на голове». В тоже время, родственники Эммануэля Мгайа утверждают, что инцидент не подорвал их веру во врачей. Руководство больницы пообещало им, что операция на голове все-таки состоится и будет проведена квалифицированными специалистами. Министерство здравоохранения и социального обеспечения Танзании уже распорядилось провести всестороннее расследование врачебной ошибки.

Источник:
Medportal.ru

Начало на стр. 9

сколько медицинских изданий. Неосведомленность и тем более безграмотность строго наказуемы. Некоторые из изданий (International Medical Tribune, JAMA и многие другие) врачу оплачивают больницы и медицинская ассоциация, в которой в обязательном порядке состоит каждый специалист. В их приемных висят всевозможные дипломы, свидетельства, сертификаты. Врач в письменном виде (визитки, детальные и абсолютно достоверные рекламные информационные листки) подробно, без самовосхваления, описывает свое научно-практическое «кредо» специалиста, используемые им лечебно-диагностические методы.

Врачи-иммигранты, в основном это этнические немцы, прибывшие из СНГ, получают полноценное, практически бесплатное («социальное») жилье, солидную финансовую поддержку, что также возмущает коренных бюргеров. Они сравнительно легко (ведь это хоть и дальние, но родственники «по крови») официально подтверждают «легитимность» даже самых «периферийных» и «провинциальных» дипломов, в том числе из Самарканда, Бишкека. Более или менее авторитетно при этом звучит Москва, на худой конец, Санкт-Петербург. Но это отнюдь не гарантирует автоматического быстрого получения хорошего места работы — даже в сельской местности. Определяющую роль для полноценной социальной и профессиональной адаптации играет знание немецкого языка. Рабочее место ищут через газеты, Интернет; в меньшей степени «по блату» — через друзей, родственников. Принимающая на работу сторона крайне осмотрительно высказывает решение о приеме на работу такого «непрозрачного» врача. Ведь если он «не подойдет», уволить его весьма непросто, т. к. профсоюзы и законодательство однозначно на стороне «наемной рабочей силы».

Немного о германской системе медицинского страхования, существующей около 150 лет. На сегодняшний день более 90% немцев вовлечены в страховую систему и отчисляют на эти цели около 13% своего заработка. Оставшиеся 10% (лица с низким доходом) в случае необходимости тоже получают добросовестную медицинскую помощь — за нее будет платить государство (в основном, на земельном уровне), которое, кстати, на 50% финансирует больничные страховые кассы. Услугами добровольного (дополнительного) медицинского страхования пользуются около 9–10% богатого населения, но в последние годы это число растет. Взнос на добровольное медицинское страхование составляет (при постоянном доходе) от 200 до 300 евро в месяц. Это не так болезненно (при зарплате в 3–5 и более тысяч евро в месяц) в зависимости от вида страховки.

Нет никакой разницы в качестве стационарной медицинской помощи пациентам, имеющим полисы обязательного и добровольного медицинского страхования. Так нет никаких «закрытых» лечебниц для богатых, бедных, среднего класса, отсутствуют клиники для правительственных чиновников, то, что раньше у нас называлось IV Управлением, «кремлевской больницей». Все определяется гарантированными государством жестким законодательством, едиными стандартами качества, которые обновляются каждые полгода. «Страховка» работает тотально по всей Германии и без сбоев, она реальна и удовлетворяет и врачей, и пациентов. Например, трансплантацию печени, стоимостью 400–600 тысяч евро, проведут здесь для обеих категорий пациентов по тем же стандартам, и, разумеется, бесплатно. Преимущество обладателей полиса добровольного (стоматологическая «страховка» отдельная) медицинского страхования — в меньших сроках ожидания госпитализации и в сервисе. Пациенты размещаются в двухместных и даже в одноместных палатах с удобствами, а федеральный стандарт для Германии — двух-трехместные палаты с общим санузлом на две комнаты. А вот при наличии добровольного специализированного страхования в палатах на одного человека более красивый интерьер, возможность выбирать и заказывать меню, ряд других бытовых льгот (личный телефон, интернет, радиосвязь и т. д.).

Самое ценное в страховой системе то, что она делает владельца страховой электронной карты свободным в выборе любого врача, любой клиники, любого, даже самого феешенебельного медицинского учреждения, центра (по всей территории страны), которые рады любому пациенту, от которых зависит «выживаемость» лечебного заведения. Оно отчаянно борется за свой престиж, репутацию, привлекательность, известность. Особенно жадут пациентов частнопрактикующие врачи, сообщества которых являются становым хребтом германского здравоохранения (и не только его первичного звена). Районные «государственные» (чаще муниципальные) поликлиники советского и постсоветского образца (как это имело место и в ГДР) не в моде. В западных землях Германии их порой с усмешкой называют «медицинскими колхозами», их главными пороками считают конвейерность потока пациентов, шаблонность и врачебный бюрократизм, формализм и бездушность, а порой, как ни странно, и коррупцию. К частнопрактикующим врачам относятся с большим уважением. Это настоящая элита врачебного сообщества, наделенного большими полномочиями, правами, но и строго выполняемыми обязанностями, большой ответственностью, главным образом относительно качества ме-

дицинской помощи. С другой стороны, низкая квалификация, бестактность (не говоря уже об элементарном хамстве и вульгарности), «несимпатичность» обрекают на выдавливание с «рынка» медицинской помощи, невостребованность. Несмотря на тернистый путь, ведущий к частной практике, многие врачи о ней мечтают, хотя некоторые предпочитают спокойную, без сверхдоходов, но с твердым «окладом» работу в больнице или поликлинике — без рисков и стрессов.

Во время каждого приема сведения о пациенте, о выданных ему рекомендациях, назначенных лекарствах и процедурах через e-mail поступают в страховые компании (их особенно много в Кельне). А заработанные деньги автоматически поступают на банковский счет врача. Все прозрачно, легко контролируется и никаких взяток, подачек, подарков и другой коррупции. Хорошим тоном считается, когда врач вообще не прикасается к «живым» деньгам от пациента, доминируют безличные расчеты.

В случае неоправданного и злонамеренного «наезда» на врача со стороны недобросовестного, а чаще психически нездорового пациента против последнего может также, в свою очередь, быть возбуждено уголовное дело. Но этим занимаются профессиональные юристы, содержащиеся на членские взносы врачебных ассоциаций и федераций. Вот почему местные врачи (особенно частнопрактикующие) охотно в них вступают, ища там защиты и поддержки (в том числе информационной и квалификационной).

Интересным является тесное взаимодействие многих больниц с христианской церковью. Многие подобные клиники носят имя святых (чаще католических). Так, в клинике



Св. Агаты даже отделения связаны с тем или иным святым: отделение Св. Николая (неврологическое), Св. Марка (хирургическое) и т. д. Для верующих такая «топонимика» очень приятна. Вообще, роль церковных структур в германском здравоохранении трудно переоценить. В Баварии особенно активна католическая церковь, выделяющая большие средства на благотворительность. Гораздо беднее в Мюнхене православная церковь, во главе которой стоит владыка Марк. Он

этнический немец, но всецело преданный православию, которое объединяет представителей различных «волн» эмиграции из СССР, СНГ и РФ.

В Германии сурово следят за соблюдением прав пациентов (да и вообще прав человека), основное из них — сугубо самостоятельный и свободный, как уже говорилось, выбор врача и лечебного учреждения (там все клиники стараются быть «элитными») в любой точке страны. Строжайшая врачебная тайна — это святое, при ее нарушении (это бывает исключительно редко, у неопытных врачей-иммигрантов) — криминальное расследование, суд, лишение диплома, огромные штрафы. Каждый из пациентов может обратиться с судебным иском на круглую сумму, если ему покажется, что врачи что-то сделали не так. Однако врачи полагаются на квалифицированную юридическую защиту со стороны профессиональных ассоциаций и федерации. Поэтому доктора в Германии работают со страховкой от судебных исков, охраняющей от необоснованных «наездов» со стороны нервных и сутяжных пациентов. Частнопрактикующие специалисты оплачивают свои исключительно редкие врачебные ошибки из своего кармана, за работающими в госсекторе и муниципальных или университетских лечебницах платит клиника. Такое может случиться, если на суде будет доказана грубая врачебная ошибка, если поставлен неправильный диагноз, проведено неэффективное или «во вред» лечение.

Чтобы избежать судебного преследования, врачам приходится придерживаться весьма жестких правил. Так, никто не даст по телефону никакой информации о диагнозе, методах лечения и состоянии больного, даже если звонит близкий родственник. Фотографировать пациента можно только с его согласия, поэтому запрещают делать снимки в любых больничных ситуациях, особенно в реанимационном отделении, оборудованном системами мониторинга. Никто не позволит работать врачу более чем на I ставку, так как считается, что в противном случае качество медицинского обслуживания будет страдать: ведь врачи в клиниках работают по 50–60 часов в неделю, имея при этом 1–2 сутокные дежурства. Они могут подрабатывать вечером в своем личном «практике». Навязывать всевозможные БАДы, малопробные лекарства и приборы врачам категорически запрещается. Однако все же следует признать, что трудолюбие — почитаемая, «воспеваемая» черта немецкого национального «менталитета», и медики всех рангов и званий трудятся беззастенливо и, как правило, добросовестно.

В заключение хочется подчеркнуть, что речь идет о самокритичной и объективной оценке своих «плюсов» (а их пока еще немало) и «минусов», поэтому, вместо того, чтобы тешить «собственную гордость» и смотреть «на буржуев свысока», надо кропотливо перенимать все ценное у коллег из других стран и внедрять немедленно у себя, иначе отставание и «застой» неизбежны. Стоит ли чрезмерно идеализировать и советское здравоохранение, в котором далеко не все было безупречно и достойно переноса в наши дни. Гораздо прагматичнее действовать «здесь и сейчас», мыслить глобально, а функционировать локально, уверенно смотреть в будущее.

Еще год назад я не мог даже себе представить, что мне придется делать такой доклад. Но, увы, Зиновия Соломоновича с нами больше нет. Он много выступал на наших конференциях, вел секции, ругался, как обычно...

Зиновий Соломонович больше 50 лет, практически всю жизнь проработал в Алтайском крае, около 4 лет в Средней Азии, еще 4 года в Одессе, успел застать конец войны в качестве военно-морского врача, но основная его профессиональная жизнь прошла на Алтае. Он работал в городской больнице, одновременно создавая лабораторию, а в последние годы он создал у себя

филиал гематологического научного центра РАМН. Зиновий Соломонович очень гордился большим количеством учеников, их больше сотни. Школа у него сложилась очень большая, ученики со всех концов страны, теперь и за рубежом, они многого достигли и развивались в самых разных направлениях. Вы, наверно, слышали, что Зиновий Соломонович был, кроме всего прочего, один из крупнейших в мире специалистов по ядовитым змеям. Он являлся Членом научного королевского общества Великобритании. Для него эта работа была, как бы между прочим, работа юности. Во многих энциклопедиях, посвященных животным, приводились его фотографии ядовитых змей. Рассказывать его истории про змей можно до бесконечности. Последняя произошла в 90-е годы: он решил из Средней Азии завести змей для

того, чтобы получать из них яд для приготовления диагностикомов, и ничего лучше не придумал, чем запихать этих змей в почтовую посылку и прислать их по почте. Вы представляете, что эта посылка с клубком змей шипела и шевелилась. Его не арестовали, конечно, но проблемы были.

Зиновий Соломонович отмечен многими наградами, он очень гордился, что его награждали зарубежные награды, медаль П. Эрлиха была ему торжественно вручена на 80-летию. В России он имел гораздо меньше «побрякушек», наиболее значима для него, пожалуй, была медаль «За освоение целины».

Несколько слов сказать о наработках Зиновия Соломоновича, которые имеют непосредственное отношение к гериатрии. Должен заметить, что Зиновий Соломонович писал неохотно и мало. Хотя вы, может быть, со мной и не согласитесь, но я вам это подтвержу доподлинно. Одна из его книг «Гематологические заболевания и синдромы» писалась под домашним арестом: его заперли на даче, забрали билеты на самолет и заставили написать книгу. Это продолжалось и все последние годы. Только неимоверные усилия заведующей нашей редакцией Валентины Александровны Булановой привели к тому, что Зиновий Соломонович написал еще несколько книг. Когда мы с ним это обсуждали, то он все время говорил: «Книжки пусть пишут другие, я буду лечить пациентов». Поэтому многие вещи, которые он на лекциях рассказывал, не нашли отражения в изданиях и большинство из них мы знаем со слуха, а не из текста. И тем важнее сейчас, по горячим следам, с пылу попытаться обобщить то, что он говорил, какие идеи выдвигал. Они как никогда актуальны сейчас, и чем дальше, тем больше их актуальность будет возрастать.

Гемостаз — это система парадоксальная: она одновременно дает тромбозы и кровотечения, она останавливает и выливает кровь. Три основных источника, они же три составные части болезней: инфекция, воспаление, гемостаз. Зиновий Соломонович Баркаган рассматривал инфекцию, воспаление и нарушения гемостаза в единстве и неразрывной связи: «мы говорим инфекция, подразумеваем ДВС, мы говорим ДВС, подразумеваем воспаление и т. д.».

Вот некоторые «парадоксы Баркагана». Для развития инфекционного процесса мало возбудителя — нужен тромб, в котором микроб будет чувствовать себя «дома». Мы с вами не стерильны, в нас возбудителей больше, чем всех клеток организма вместе взятых. Мы с вами в основном состоим из микробных клеток. Мы с вами не бодем только потому, что у нас нет тромбов. Как только появляется тромб — субстрат, бульон, — то сразу начинает развиваться инфекция. Тромб всегда означает возможность развития инфекции. Более того, бактерии активно формируют вокруг своих колоний тромбы, выделяя факторы свертывания. Метастазирование бактерий всегда идет вместе с развитием распространенного тромбообразования.

Следовательно, свойство бактерий образовывать тромбы является приспособительной реакцией — тромбы способствуют диссеминации процесса. Но еще

такой способностью обладают и клетки опухолей, более того, паранеопластические тромбозы ассоциированы с риском метастазирования. Сегодня учеными показано, что есть параллелизм между количеством тромбозов брызжечной артерии и развитием метастатического процесса. Вполне возможно, что, так же, как и бактерии, опухоль создает тромбы для приживания.

Иначе говоря, инфекция (как бактериальная, так и вирусная) вызывает тромбоз и сопровождается диссе-

минует к «эндотелиозу». Этот термин Зиновий Соломонович очень любил, хотя, к сожалению, сегодня четко определения этого термина нет. Эндотелиоз, в свою очередь, сопровождается агрегацией тромбоцитов (сначала адгезией, потом агрегацией), образуется тромбоцитарная пробка, выброс факторов роста и медиаторов воспаления. Внутристеночное воспаление сопровождается жировой имbibцией сосудистой стенки и фиброзом.

Сосудистые катастрофы можно разделить на макрососудистые и микрососудистые. При повреждении микрососудов известны сосудистые катастрофы

- Сосудистые поражения глаз
- Сосудистые поражения почек
- Сосудистые поражения печени
- Сосудистые поражения кишечника
- Сосудистые поражения поджелудочной железы
- Сосудистые поражения мозга (одна из теорий этиологии б. Альцгеймера)
- Сосудистые поражения сердца
- Поражения вазоневрорум

Когда мы говорим о макрососудистых катастрофах, речь, естественно, заходит об инфаркте, инсульте, артериальной непроходимости артерий ног. Это — суть одна патология, сегодня часто именуемая атеротромбозом. Зиновий Соломонович все это рассказывал с середины 70-х годов, отсылая нас к работам И.В. Давыдовского, который описывал патогенез этих процессов еще в 60-е годы. Но в 60-е и 80-е годы ни кардиологи, не специалисты по сосудам, абсолютно всего этого не воспринимали, не слышали. И лишь в 90-е годы для всех уже стало понятно, что процессы в макро- и микрососудах патогенетически идентичны и соответственно идентичной должна быть терапия. Это лишь один вывод из работ З.С. Баркагана.

Нужно сказать, что Зиновий Соломонович создал несколько научных направлений. Это мало кому удается. Вот основные достижения исследований школы З.С. Баркагана:

- Патогенез заболеваний и синдромов: (ДВС-синдром (я думаю, что он по праву должен носить имя синдрома Баркагана—Мачабели), тромбофилии, антифосфолипидный синдром, атеротромбоз).
- Лабораторная диагностика нарушений гемостаза (Баркаган вместе с сибирскими коллегами издал первую книгу по нарушениям гемостаза (издана Томским университетом), у тех, кому удалось в свое время эту книгу добыть, она была настольной. Там, кроме того, что и как делать, была замечательно изложена клиническая трактовка результатов.)
- Интенсивная терапия, пролонгированная терапия, профилактическая терапия нарушений гемостаза.

Одной из самых известных, значимых работ З.С. Баркагана нужно признать изучение патогенеза и терапии ДВС-синдрома. Синдром Баркагана—Мачабели открыт в СССР! Он описан Мачабели и все другие описания в мире сделаны после нее! Первое название используется и до сих пор, так как отражает парадоксальность этого заболевания — тромбгеморрагический синдром. З.С. Баркаганом была четко и подробно описана клиническая картина и методы диагностики, которые позволяют в настоящее время элементарно диагностировать ДВС-синдром в любой больнице нашей страны. Нужно отметить, что из-за отсутствия нормального знания ДВС-синдрома на западе зарубежные коллеги зачастую не понимают, о чем ведут речь наши ученые, не знают этих подходов и не используют эту терапию. В связи с этим вспоминается симпозиум по сепсису в середине 80-х, когда известный шведский «сепсолог» на вопрос отечественных специалистов из зала «у скольких пациентов вам удалось диагностировать ДВС-синдром» ответил, что «видел DIC-синдром два раза за всю жизнь». В зале смешки и оживление: всем известно, что не бывает сепсиса без ДВС, но если убрать свою голову в песок, не исследовать прицельно гемостаз, то его развернутая клиническая картина останется не замеченной. Зиновием Соломоновичем было впервые выявлено патогенетическое значение внутрисосудистого свертывания крови для развития многих синдромов (полиорганная недостаточность, желудочно-кишечные кровотечения, сепсис и т. д.) и апробировано патогенетическое лечение — гепарино-криоплазменная терапия, плазмаферез. Значение этих открытий будет нарастать со временем!

Самое драматическое применение этих подходов было, на памяти автора, во время землетрясения в Армении (1988), когда удалось снизить частоту острой почечной недостаточности (ОПН) у извлеченных из завалов с краш-синдромом до 10%, если им своевременно проводили плазмаферез (в первые сутки), начинали вводить свежзамороженную плазму и гепарин. Если этого не делать, то ОПН развивалась у 80% пострадавших, как и положено. При этом — ни одной ампутации конечности! Мы категорически возражали против наложения жгутов. Мы только лишь восстанавливали кровоток и удаляли патологические субстраты, которые скапливались в крови, всасываясь из разрушенных тканей. Идеология очень простая: мы лечили ДВС-синдром, а автором доклада за полгода до этой траге-

Зиновий Соломонович Баркаган и гериатрия



Зиновий Соломонович с учениками из разных городов



Зиновий Соломонович с сыном и внуком

минацией процесса (бактериального) или присоединением бактериальной инфекции. Тромбоз сопровождается бактериальным инфицированием и дальнейшей диссеминацией процесса — так получается сепсис. Я не буду в эти подробно-



Здесь около сотни рефератов

сти вдаваться, мне кажется, в этих стенах уже был подробный доклад Андрея Ивановича на эту тему. Сепсис и ДВС синдром — по сути это одно и то же. Это должно лечиться одинаковыми методами.

Еще один «парадокс Баркагана»: любое воспаление вызывает тромбообразование — внутрисосудистое, пристеночное, внутрисстеночное. Любая активация свертывания сопровождается активацией воспаления — локального и распространенного (системная воспалительная реакция). Строго говоря, любое воспаление всегда имеет тенденцию к распространению, диссеминации, всегда имеется тенденция к системной воспалительной реакции. А это значит, что где бы у нас с вами не возникло воспаление, мы всегда имеем в той или иной степени системную воспалительную реакцию. На сегодня ее определить на лабораторном этапе не так уж и сложно. Следовательно, не бывает воспалительных реакций без активации свертывания и, наоборот, любой тромбоз сопровождается воспалением. Любое локальное воспаление всегда сопровождается распространенными воспалительно-гемостазиологическими реакциями. Иначе говоря, медиаторы свертывания и воспаления общие, а воспаление ведет к тромбозу и фиброзу.

На основе этих парадоксов несколько лет назад нами была сформулирована тромбоцитарно-эндотелиальная теория старения (2002): «Старение — это снижение функций органов и тканей, связанное с фибропластическим перерождением и структурными их изменениями (то есть развитие соединительной ткани на месте нормальной ткани), что в значительной мере обусловлено дисбалансом эндотелиально-гемостатического взаимодействия, действием ростовых факторов. То есть причина фибропластических процессов, происходящих в тканях, это практически нарушение гемостаза на уровне эндотелия».

Скажем чуть подробнее: воспаление, механическое и инфекционное повреждение, пристеночный тромбоз

Начало на стр. 11 ↗

дии вся тактика была изложена на примере только одного больного. Нигде в мире не удавалось достигнуть таких результатов.

Учение о тромбофилиях. Это относительно новое направление сформулировано З.С. Баркаганом в конце 80-х, но оно внезапно вышло на политическую сцену и стало звучать и из газет и с экранов (военнослужащий Сычев и другие). Тромбофилии носят массовый характер, могут не проявляться до позднего возраста. Мы их не диагностируем и одновременно почему-то считаем, что если патология наследственная, то должна проявиться в детском возрасте. Тромбофилии многолики: множество факторов наследственного и приобретенного характера, которые могут действовать синергично и внезапно приводить к декомпенсации системы гемостаза. Конечно, требуется специфическая диагностика тромбофилий для специфического лечения, но надо помнить, что профилактическое лечение может снизить на ПОРЯДОК! число сосудистых катастроф.

В качестве примера история только одной тромбофилии: антифосфолипидного синдрома. Его описали и признали в середине 80-х годов. Зиновий Соломонович был одним из первых в России, кто начал исследования по этой патологии, а автор доклада — кто применил эти подходы на практике у беременных с системной красной волчанкой. Сегодня показано, что до 80% повторных невынашиваний беременности обусловлены антифосфолипидным синдромом. Эффективность терапии — 100%! — все беременности сохраняются только благодаря плазмаферезу и гепарину в профилактических дозах (лучше — низкомолекулярный). А ведь обращаются за помощью женщины, у которых по 10—15 выкидышей! В семьях трагедии. Встречается этот синдром и при хронических инфекциях, воспалениях. Проявляется гиперкоагуляционными осложнениями, характерны нарушения микроциркуляции в мозгу, остеопороз, патологический перелом шейки бедренной кости. Ничего не напоминает? В гериатрии эта тема практически не изучена, хотя представляется не менее драматичной, чем в гинекологии.

Зиновий Соломонович очень много работал в практическом здравоохранении и очень много делал для внедрения современных методик диагностики и лечения. Я могу вспомнить историю, поскольку уже прошло много лет, про то, как Зиновий Соломонович украл клампинг-тест. Это тест, где бактерии склеиваются между собой в присутствии продуктов паракоагуляции. В инструкции было написано, что бактерии уже не живые и вырастить их невозможно, но он, используя терпение молодых ребят, умудрился вырастить бактерии, подобрал среды. И многие годы весь СССР пользовался простейшим тестом, созданным в его микробиологической лаборатории.

В целом З.С. Баркаганом и его учениками разработаны или внедрены принципиальные методы и методики:

- Определение продуктов паракоагуляции: — клампинг-тест, ортофенантролиновый тест, Д-димеры.

- АЧТВ и международное нормализованное отношение.
- Комплексное исследование фибринолитической системы.
- Оценки агрегационного статуса тромбоцитов.
- Радионуклидные методы оценки макро- и микроциркуляции.
- Диагностика ДВС, антифосфолипидного синдрома, тромбофилий.
- Разработаны методы и создано производство диагностикумов.

Заслуга Зиновия Соломоновича не только в том, что он внедрил все эти методики в практику здравоохранения, а и в том, что он создал фирму, производящую все эти надежные диагностикумы. Сегодня это нормальное дело, но тогда, в конце 80-х — начале 90-х это было очень сложно и необычно.

Существенные изменения в терапии произошли под воздействием взглядов научной школы З.С. Баркагана. Изменилась и интенсивная терапия, впервые заговорили о пролонгированной терапии, профилактической терапии коагулопатий. Среди этих подходов выделяется гепарино-



Как молоды мы были

криоплазменная терапия + плазмаферез. Основы ее разработаны в начале 80-х годов и применены на практике при лечении сепсиса, краш-синдрома, ОПН, острой печеночно-почечной недостаточности, легочного дистресс-синдрома.

Профилактика тромбоэмболии легочной артерии, появление варфарина (многолетнее уговаривание фирм, чтобы его наконец зарегистрировали в стране), внедрение МНО-контроля, развитие терапии низкомолекулярными гепаринами, современными антиаг-

регантами. К сожалению, это направление до сих пор не получило должного распространения и мы продолжаем убивать наших больных с ТЭЛА, кладя их на операционный стол без профилактики. И до сих пор мы не применяем в должном количестве варфарин, поскольку не можем контролировать МНО. А ведь сегодня есть возможность делать это самостоятельно больному, не прибегая к услугам лабораторий, как определять сахар в крови в домашних условиях. Эти приборчики есть и в России, только мало кому известно про их наличие!

В последние годы наконец-то и у нас начато профилактическое домашнее лечение (фактически — самолечение) гемофилии факторами свертывания крови. Это позволяет детям с тяжелыми формами гемофилии быть абсолютно здоровыми. Это принципиальное изменение подходов в терапии, к сожалению, в нашей стране малоизвестное, а во всем мире широко применяемое. Есть регионы, например, Архангельск, где работа до сих пор не поставлена и родители детей отказываются от профилактического лечения, потребляя при этом колоссальные ресурсы на лечение осложнений.

Новости последнего года — это профилактика и лечение болезни Виллебранда. Об этой болезни З.С. Баркаган много говорил и писал, но никак не удавалось наладить своевременную диагностику и лечение. В нашей стране 1,5 миллиона больных, а диагностирована эта патология лишь у 4 тысяч. Все остальные ходят, не имея диагноза, они создают группу риска по кровотечениям в родах, во время операций. Спонтанных кровотечений у этих больных, как правило, не бывает. Основным признаком являются повторяющиеся носовые кровотечения и обильные менструальные кровопотери. Как следствие — железодефицитная анемия. Таким больным нужно обследоваться на носительство дефекта по фактору Виллебранда.

«...Недостаточно высказать новую идею: нужно еще высказать ее так, чтобы она произвела впечатление, и тому, кто этого достиг, принадлежит по праву и главная честь» — писал Ч. Дарвин. Зиновий Соломонович Баркаган был блестящим лектором, умел, как никто, донести свои идеи до слушателей, зажечь интерес и найти сочувствующих в любой аудитории. Видимо, не могли ему этого простить — он так и не стал академиком («академиком» в его интерпретации), остался членом-корреспондентом. Он не бывал последние годы на сессиях РАМН. Нет пророка в своем отечестве, а таланты вызывают зависть...

П. Воробьев

ОБЪЯВЛЕНИЕ

об открытии конкурса на соискание Премии МГНОТ имени профессора Дмитрия Дмитриевича Плетнева 2007 года

Оргкомитет Премии имени профессора Дмитрия Дмитриевича Плетнева Московского городского научного общества терапевтов извещает об объявлении конкурса на соискание Премии 2007 года.

Премия имени Д. Д. Плетнева является общественной наградой за выдающийся вклад в развитие отечественной терапевтической школы, признанные достижения в профессиональной деятельности.

Выдвижение кандидатов на соискание Премии (номинантов) производится в соответствии с Положением о Премии (Положение опубликовано в Вестнике МГНОТ № 64 и на сайте www.zdrav.net).

Дата окончания подачи заявок на участие в конкурсе — 1 февраля 2008 года.

Заявки принимаются в письменной форме по адресу Оргкомитета Премии: 115446 Москва, Коломенский пр-д, д.4, ГКБ № 7, терапевтический корпус, кафедра гематологии и гериатрии. Желательно продублировать анкету по факсу: 8(499)-782-31-09 или по электронной почте mtpndm@dol.ru. Дата отправки корреспонденции не позднее 1 февраля 2008 года.

Документы, необходимые кандидату для участия в конкурсе:

1. заполненная и подписанная анкета от Заявителя с указанием сведений о номинанте:
 - полностью фамилия, имя и отчество;
 - число, месяц и год рождения;
 - место работы с указанием адреса учреждения, телефона, электронной почты;
 - занимаемая должность;
 - стаж работы;
 - ученая степень;
 - ученое звание и даты их присуждения;
 - домашний адрес и телефон;
 - паспортные данные;
 - ИНН;
 - номер пенсионного свидетельства
2. обоснование участия в конкурсе в произвольной форме
3. представление иных документов возможно, но не требуется.

Анкеты, оформленные с нарушением требований Положения о Премии, не принимаются.

Организационный комитет и Жюри оставляют за собой право запрашивать дополнительную информацию о деятельности соискателей.

Вопросы можно направлять на адрес mtpndm@dol.ru контактное лицо — Деркач Елена Владимировна.

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

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

РЕДАКЦИЯ: Главный редактор П.А. Воробьев

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

Редакционный совет: Воробьев А.И. (председатель редакционного совета), Ардашев В.Н., Беленков Ю.Н., Белоусов Ю.Б., Богомолов Б.П., Бокарев И.Н., Бурцев В.И., Васильева Е.Ю., Галкин В.А., Глезер М.Г., Гогин Е.Е., Голиков А.П., Губкина Д.И., Гусева Н.Г., Дворецкий Л.И., Емельяненко В.М., Зайратьянц О.В., Заславская Р.М., Иванов Г.Г., Ивашкин В.Т., Кактурский Л.В., Калинин А.В., Калыев А.В., Ключев В.М., Комаров Ф.И., Лазебник Л.Б., Лысенко Л.В., Маколкин В.И., Мартынов И.В., Михайлов А.А., Моисеев В.С., Мухин Н.А., Насонов Е.Л., Насонова В.А., Ноников В.Е., Палеев Н.Р., Пальцев М.А., Парфенов В.А., Погожева А.В., Покровский А.В., Покровский В.И., Потехин Н.П., Раков А.Л., Савенков М.П., Савченко В.Г., Сандриков В.А., Симоненко В.Б., Синопальников А.И., Смоленский В.С., Сыркин А.Л., Тюрин В.П., Хазанов А.И., Чазов Е.И., Чукалин А.Г., Шектор А.В., Ющук Н.Д., Яковлев В.Б.

Газета распространяется среди членов Московского городского научного общества терапевтов бесплатно

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

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

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

При перепечатке материала ссылка на Вестник МГНОТ обязательна.

За рекламную информацию редакция ответственности не несет. Рекламная информация обозначена