



ПРЯМАЯ РЕЧЬ

Редакторство — это не работа, это образ жизни, как впрочем, в любой профессии: нет ни выходных, ни праздников — читаешь всегда!

изменения произошли, его стали применять и при остром инфаркте миокарда. Так вот, читаю: противопоказан при инфаркте миокарда, а это 83-й год... Все читали, никто не увидел — устали. Звоню Медведеву, говорю, что я вычеркиваю это противопоказание, а он: «Обсуждайте с Михаилом Давыдовичем». Я говорю: «Над нами будут смеяться. Придется под нож весь тираж пускать». Мне неловко звонить, Машковскому тогда было 73 года, он лечился в

такого же названия. Врачи в научной медицинской библиотеке ксерокопировали главы Левита на немецком и сами переводили. У меня накопилось по рукописи порядка 30 неразрешенных вопросов. Специалисты-москвичи отказывались отвечать на них. Нужен был Коган. Я встретила с ним в аэропорту. Надо отдать

должное — и стоявшие в очереди в аэропорту, и сотрудники аэропорта (они пропустили меня дальше контроля) оказались интеллигентными людьми, мне позволили все выяснять, хотя я, конечно, мешала людям. Что-то мы с ним обговорили, он взял список вопросов, мой телефон, пообещал, что его докторант со мной свяжется. Через неделю позвонила Изабелла Рудольфовна Шмидт и подробно ответила на все мои вопросы, в том числе на один из них — о варианте деформации таза (их 22 в «Энциклопедическом словаре медицинских терминов», но скрученный таз отсутствует) — скрученный таз (verwringung). Вот оно по Декарту: «Определяйте точно значение слов, и вы избавите свет от половины его заблуждений». А Декарт занимался и медициной.

На редактирование в 1971 году дают 2-е издание замечательного справочника по оториноларингологии, которое написал членкорр АМН СССР Андрей Гаврилович Лихачев. Научный редактор отредактировал, литературный отредактировал, начинаю читать, и возникает много вопросов. Пришлось ехать к автору (он приболел). Встретил меня вначале не очень доброжелательно: «Какие могут быть вопросы?..». После нескольких часов работы он стал очень доброжелательным, а потом спрашивает: «Ну как Вы все это увидели? Я же перед каждой лекцией перечитываю соответствующий раздел». Я ему говорю: «Вы читали каждый раздел в разное время, а я — подряд...». Когда он привез рукопись третьего издания, то просил, чтоб ее редактировал только терапевт, что и сделала Светлана Вячеславовна Нарина. Вы представляете, чтоб узкий специалист такое сказал?! Он мне всю оставшуюся жизнь ко всем праздникам с такими душевными словами открытки присылал.

Вы спрашиваете, как все это в голове удерживаю? Когда по осени привозили солону на задний двор, я там вслух учила уроки, читала и пересказывала, читала и пересказывала. А как любила читать! Ведь книг было мало! Когда в библиотеку школы поступала новая книга (30-е годы!), учитель говорил: «Кто будет себя лучше всех вести, тому и отдам». И я сидела, боясь пошевелиться, и получала эту книгу. А надо мной иногда издевались не только чужие, но и родные, а бабушка (неграмотная) боялась, чтобы я не сошла с ума от чтения.

Главное, когда чего-то не понимаешь, надо как следует разобраться, чтоб в голове все разложилось по полочкам, тогда запоминаешь это навсегда. Когда я редактирую какой-то текст, то для меня важно дойти до сути, разобраться во всем. Если что-то в рукописи остается непонятым, возникает дискомфорт. Жизнь показала, что даже когда я твердо знаю, надо себя проверять. Знания и подход к работе не с неба упали. Когда пришла в издательство, видела, как работают редакторы. Помню, шла «Гипертоническая болезнь» М.С. Кушаковского, а Владимир Кузьмич Великов редактировал. Они сидели, не поднимаясь, несколько часов за столом, напротив меня, и обсуждали рукопись, при том, что Кушаковский — блестящий автор, заведующий кафедрой кардиологии в Ленинграде (это был 1976 год). Помню, как они тщательно все обсуждали. Поэтому эта серия «Библиотека практического врача» и получилась. А как не быть благодарной судьбе, что она позволила работать с такими людьми, как А.И. Воробьев, З.С. Баркаган, И.В. Мартынов, Г.С. Васильченко, Д.Р. Штульман, В.И. Метелица, В.А. Насонова, Н.А. Белоконов. Всех невозможно назвать. Сейчас

такого научного редактирования уже не существует. На свою первую зарплату в 1950-м году в Барнауле я купила огромное, на тысячу страниц, руководство по диетологии Певзнера, до сих пор не могу с ним расстаться, понимаю, что устарело, но никак не могу выбросить. Из всех «своих» книг я, пожалуй, не обхожусь в повседневной жизни без справочника по диетологии. Мне,

Потом снова Москва. В Москве стал вопрос о трудоустройстве и моя землячка, будучи заведующей редакцией справочной и переводной литературы издательства «Медицина», предложила пойти редактором в издательство. В издательство «Медицина» с улицы никого не брали. Со мной поговорили и приняли. Это был 1970 год. До 58-го года это был «Медгиз», созданный в 18-м году, 18 ноября ему будет 90 лет, хотя того издательства фактически уже не существует. В 58-м году издательство возглавил Владимир Иванович Маевский, удивительный человек. В 1979 году главным редактором стал Михаил Иванович Балаболкин, много лет проработавший в ВОЗ. При нем делопроизводство было более четко отлажено: каков заказ, объем, прокорректированный в Госкомиздате.

Разница в объеме допускалась поллиста, если больше, то с завредакцией снималась часть квартальной премии. Про сверхнормативную правку и говорить не хочется, плановое хозяйство... Издательство в те годы приносило в год 5 миллионов рублей дохода и 350 тысяч долларов в бюджет страны. Доллары за то, что издательство выпускало литературу ВОЗ на русском языке. Издательство «Медицина» состояло из двух отделов: отдела периодики, где было 60 научных журналов, и книжного отдела, в котором было 10 редакций: редакция академической литературы, редакция теоретической литературы, научно-популярной, хирургии и рентгенологии, переводной и справочной литературы. Начала я с должности контрольного редактора справочной литературы. Потом эту редакцию перестроили в редакцию справочной и терапевтической литературы, которую возглавлял Бардулин Владимир Иосифович — прекрасный редактор, организатор, автор. Контрольное редактирование справочной литературы ввели с 1969 года после научного и литературного редактирования. Принятых в издательство специалистов сразу направляли учиться на год на факультет повышения квалификации полиграфического института. Но было у кого учиться и в издательстве: литературные редакторы в то время — В.Ю. Лернф, О.П. Зубарева, Л.В. Левушкина и другие. Внештатные научные редакторы — замечательные врачи: В.К. Великов, О.И. Сергеев, Б.П. Персиц, В.Д. Тополянский. В то время говорили: если выходит хорошая книга — заслуга автора, выходит плохая книга, виноват редактор.

В 1979 году вызывает В.И. Маевский. Поступила рукопись, ее надо издать, звонили из ЦК, нужен редактор, чтобы выпустить эту книгу на четверку: он понимал, что на пятерку ее не сделать. Находили редактора, платили ему по 15 рублей за лист, он переписывал или практически заново писал. А автор получал по 150 рублей за лист и гордился, что вышла его хорошая книга.

А какие были корректоры, машинистки... Людмила Федоровна Ситникова на 280 страницах латинского текста делала только одну глазную ошибку (я выверяла предметный указатель к справочнику М.Д. Машковского). Когда поступала рукопись очередного издания справочника Машковского, то по издательству выходил специальный приказ директора с указанием конкретных корректоров, машинисток. Он представлял расклеванный текст прежнего издания с новым рукописным текстом. А иначе было бы невозможно — чем чаще мы перепечатаем, тем больше ошибок. В начале его редактировали научные редакторы Б.А. Медведев и Р.А. Альтшулер, химическое название и структурные формулы — химики. Работа с Машковским вообще очень запомнилась, его справочник много раз переиздавали. Представьте себе: воскресный день, а издательство находилось недалеко от Кремля, поэтому во все праздничные дни у нас должны были быть дежурства, а их всегда брала, чтоб в тишине поработать. И вот в один из таких дней я проверяю уже сверстаный из гранок, готовый к печати текст справочника и читаю текст о нитроглицерине, а в применении его за эти годы радикальные

От лица редактора медицинской литературы

Часть 2

Начало в Газете № 11 (76)



В.И. Маевский (справа) Анастасия Романова (слева)

Институте кардиологии, рядом. Кстати, хотя и считается, что первый выпуск его сборника по лекарственным средствам вышел в 56-м году, но первый небольшой сборник вышел еще до войны... Звоню Машковскому в больницу, объясняю ситуацию, он мне 15 минут читает по телефону лекцию по поводу изменения взглядов на нитроглицерин, но в конце говорит: «Уберите».

Редакторство — это не работа, это образ жизни, как впрочем, в любой профессии: нет ни выходных, ни праздников — читаешь всегда! Но в

первые 4 года я считала себя дезертиром, а потом осознала, какого труда многих людей стоит хорошая книга, которой может доверять врач, и как она ему необходима!

Первый справочник по лечебной физической культуре мы заказали В.А. Епифанову. Прекрасно написанную главу по мануальной медицине в нейроортопедии дал О.Г. Коган. В 1986 г. для меня это было просто открытие. Профессор В.Л. Найдин, заведующий отделом реабилитации НИИ нейрохирургии, пришли с Омом Григорьевичем и принесли этот раздел. Ом Григорьевич был организатором реабилитационного центра в Караганде, это шахтерский город, и там было много травм. В 1986 г. он заведовал кафедрой неврологии в Новокузнецком институте.

В 89-м году, будучи внештатным редактором издательства, работала с переводом книги классика мануальной медицины К. Левита из Чехословакии, к тому моменту это издание вышло уже на 5 языках. В Чехословакии мануальная медицина была очень развита, и советские люди, которым удавалось туда попасть в санатории, испытывали это на себе. В рукописи-переводе с немецкого было немало ошибок. Переводила книгу биолог, а не врач, она знала немецкий, но тут без знаний именно этой области медицины было не обойтись. Было очевидно, что книга на русском должна быть безупречной, как и на немецком. На дворе — девяностые, мануальная терапия дошла и до нас. В другой редакции работали с рукописью А.Б. Сителя

Находили редактора, платили ему по 15 рублей за лист, он переписывал или практически заново писал. А автор получал по 150 рублей за лист и гордился, что вышла его хорошая книга.

Главное когда чего-то не понимаешь, надо как следует разобраться, чтоб в голове все разложилось по полочкам, тогда запоминаешь это навсегда. Когда я редактирую какой-то текст, то для меня важно дойти до сути, разобраться во всем.

ИнтерНьюс

Кому выгодно, чтобы было много фальшака?

Виновата Большая Фарма. Подделки импортных лекарств занимают значительную часть российского рынка, а западные компании замалчивают это, опасаясь отказа покупателей от фармпродукции. С таким обвинением в адрес иностранных производителей выступили 03.06.08 сразу несколько представителей российских силовых структур на «круглом столе» в Совете Федерации. В МВД и Федеральной таможенной службе уверены, что в России фальшивых лекарств не меньше среднемирового уровня. По данным ВОЗ, в 2007 г. каждая 10 таблетка была поддельной. Выборочные проверки Минпромэнерго, проведенные в 2007 г. году, обозначили тревожную динамику: подделок иностранных лекарств было выявлено на 7% больше, чем в 2006 г. «В ходе операции «Контрафакт», которую мы провели совместно с «Росздравнадзором» в прошлом году, было проверено 25 тыс. аптек и больниц. По итогам составили 1250 актов об административной ответственности и завели 52 уголовных дела. Этого очень мало для нашей страны», — считает начальник отдела департамента экономической безопасности МВД В. Малютин. Выявление и предъявление обвинений нарушителям затруднено тем, что законодательные акты разрознены и написаны для других случаев. 4 статьи Уголовного кодекса — о мошенничестве, незаконном использовании торговых знаков, незаконном предпринимательстве и ответственности за нанесение вреда здоровью граждан — нужно сделать предметом специального регулирования. За изменение административного наказания за реализацию и производство подделок выступают и представители крупных фармкомпаний. Административный кодекс предусматривает максимальный штраф для юридических лиц в 40 тыс. руб. «Это просто смешное наказание для криминала, который делает миллионы и миллионы рублей на реализации подделок в России», — сказал директор глобальной безопасности корпорации Pfizer С. Аллен. Эта зарубежная компания одной из первых открыто пошла на сотрудничество с российскими силовиками. Низкая активность фармацевтических производителей по выявлению подделок и привлечению правоохранительных органов вызвана и привычкой этих компаний к «серым схемам» и нежеланием привлекать к себе внимание, считает начальник отдела по борьбе с контрабандой Федеральной таможенной службы А. Уфрутов. По его словам, значительная часть медикаментов попадает на территорию России без всех необходимых документов. Субстанции, используемые в фармпромышленности, ввозят под видом сырья для химической промышленности. Доказать истинное назначение порошка на границе невозможно. Эксперты сомневаются, что фармпроизводители массово пойдут на сотрудничество с правоохранителями. «Если бы подделок было действительно так много, то крупные компании просто тихо покинули бы наш рынок, как это случилось в Китае, где проблемы гораздо серьезнее. Никто не стал бы мириться с такими убытками», — сказал директор по маркетинговым исследованиям ЦМИ «Фармэксперт» Давид Мелик-Гусейнов. Он уверен, что если говорить о подделках, несущих реальную опасность для здоровья людей, то их никак не больше 0,5% от общего объема отечественного рынка лекарств. Он предположил, что раздувание этой темы происходит для того, чтобы отвлечь внимание граждан от острой нехватки импортных препаратов, особенно в бесплатном доступе для льготных категорий граждан.

Источник: *Время новостей*

Кровь в обмен на бензин

Американский Красный Крест предложил план привлечения доноров с помощью различных подарков, в числе которых... бесплатный бензин. США испытывают дефицит донорской крови из-за снижения числа доноров. План Американского Красного Креста призван поддерживать количество донорской крови на достаточном уровне в летние месяцы, когда из-за каникул невозможно агитировать за сдачу крови учеников высших школ. Именно они, молодые люди в возрасте 17—18 лет, являются самыми активными донорами. Предложение бензина обусловлено высокими ценами на горючее, которые в некоторых регионах США доходят до четырех долларов за галлон.

Источник: *MedPortal*

В течение недели (26—30 мая) в Баку проходил второй курс обучения специалистов, разрабатывающих клинические протоколы в Республике Азербайджан. Первый курс проводился в феврале и был посвящен основам доказательной медицины. В мае разбирались уже прикладные вопросы создания клинических рекомендаций, использования различных регуляторных механизмов в медицине для сдерживания роста затрат и повышения качества помощи, экономической оценки медицинских технологий.

Оба курса были организованы Агент-

Обучение разработке клинических протоколов в Азербайджане



ством международного развития Соединенных Штатов (USAID), а проводили обучение проф. В.В. Власов и д.м.н. М.В. Авксентьева. Лекции занимали только первую половину дня, а вторая половина была посвящена самостоятельной работе над проектами клинических протоколов. Активно обсуждались вопросы, возникшие у слушателей при формировании протоколов. В ходе консультаций с московскими экспертами за эту неделю был также подготовлен проект документа, определяющий принципы и порядок разработки клинических протоколов в Азербайджане, учитывающий опыт российской программы.

Начав работу над клиническими протоколами под руководством Центра общественного здравоохранения и реформ Министерства здравоохранения Азербайджана, специалисты в Баку столкнулись с теми же сложностями, что имели место (а некоторые имеют и по сей день) в России. Это, прежде все-

го, отсутствие единого толкования терминов «протокол», «стандарт», «клинические рекомендации» и «клиническое руководство». Как и российские врачи, многие наши коллеги из Азербайджана ассоциируют «стандарт» с жесткими требованиями, установленными нормативами. Рекомендации и руководства, напротив, воспринимаются как всего лишь дополнительная информация, которой можно и пренебречь. Кроме того, настоящие клинические руководства (те, что по-

английски называются guidelines) подразумевают большую работу по систематическому анализу литературы, оценке доказательств эффективности вмешательств и написанию довольно объемного текста со ссылками и разъяснениями. Такую работу нельзя сделать быстро.

В результате в настоящий момент документы, которые разрабатывают в Азербайджане, решено называть клиническими протоколами. Они будут базироваться, главным образом, на имеющихся качественных прототипах — зарубежных клинических руководствах, процедура создания которых ясно описана, в содержании имеются ссылки на уровни убедительности доказательств, подтверждающих рекомендации, и есть достаточно информации, чтобы оценить качество формально по специаль-

ной процедуре AGREE. В то же время уже за эту неделю стало ясно, что по отдельным темам нет полноценных хороших прототипов, и не удастся избежать дополнительной самостоятельной работы по поиску и анализу первичных данных.

Вопрос о проставлении уровня убедительности доказательств в текстах протоколов в Азербайджане поднимался несколько раз. Специалистов беспокоило и отсутствие убедительных доказательств по многим вопросам, и имеющиеся расхождения в рекомендациях зарубежных аналогов, и сложность работы по самостоятельному критическому анализу публикаций, особенно на иностранных языках. Тем не менее, в итоге московским экспертам, кажется, удалось убедить коллег в необходимости начать свой собственный путь к формированию доказательной практики и не отчаиваться, если успехи не будут видны сразу.

М.В. Авксентьева, В.В. Власов

З.С. Баркаган, А.П. Момот

Издательство Ньюдиамед
Москва - 2008

З.С. Баркаган, А.П. Момот

ДИАГНОСТИКА И КОНТРОЛИРУЕМАЯ ТЕРАПИЯ НАРУШЕНИЙ ГЕМОСТАЗА

Издание 3-е

Издательство Ньюдиамед

2008 г.

В справочном пособии в сжатой и доступной форме представлены данные об основных компонентах и механизмах функционирования системы гемостаза в норме и при наиболее часто встречающихся в практике врача патологических нарушениях в разных звеньях этой системы — при различных видах кровоточивости, ДВС-синдроме, тромбоэмболиях и тромбофилических состояниях. Подробно описываются методы лабораторной диагностики и контроля за гемостатической и антитромботической терапией. При этом предпочтение отдается наиболее доступным и, вместе с тем, достаточно информативным методам исследования.

Книга рассчитана на клиницистов, практикующих врачей разных специальностей и врачей-лаборантов, поскольку геморрагии, тромбозы и ДВС-синдромы занимают одно из доминирующих мест в патологии человека.

Заявки на приобретение можно направлять по адресу:

115446, Москва, Коломенский пр., д. 4, а/я 2, ООО «МТП НЬЮДИАМЕД»
Тел/факс (499) 782-31-09
E-mail: mtpndm@dol.ru

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

Мы пообщались с производителями лекарств, и вот те проблемы, которые возникают с ввозом препаратов на территорию России при необходимости внести какие-то изменения в упаковку или инструкцию. А такая необходимость возникает у производителей очень часто: (сменилась производственная линия, расширились показания, и т. д.). Это и произошло с варфарином — изменили инструкцию, так как расширились показания для применения. И тут начались проблемы, последствия которых ощутили вся страна. Изменения в инструкции или упаковке, подготовка измененного варианта упаковки или инструкции, подача документов в Росздравнадзор для получения нового Регистрационного удостоверения, рассмотрение в течение нескольких месяцев в лучшем случае, одобренные изменения отсылаются на производство, наработка препарата в измененной упаковке (3—5 мес = производство-то плановое), отгрузка препарата на склад (не в России), получение докумен-

тов для ввоза партии препарата в Россию, переход таможни и развоз препарата по России. Где «только самолетом можно долететь». Если проанализировать схему, можно понять, что в течение времени, которое необходимо на наработку партии товара с измененной упаковкой (инструкцией), компания может поставлять препарат только в старой упаковке. Но, по существующим подзаконным актам Росздравнадзора, ввоз препарата в старой упаковке под уже имеющееся новое Регистрационное удостоверение, отменяющее старое, невозможен, т. к. компания не может получить разрешительные документы на ввоз на территорию РФ. Более того, продажа в старой упаковке тоже оказывается не очень законной. И если раньше существовал период для перехода на новые условия, то в настоящее время Росздравнадзор этот период отменил. Поэтому во время наработки необходимого количества препарата с изменениями получается «провал» с поставками. Необходимо изменить действующую систему и предоставить возможность переходного периода в течение 6 мес — года.

Впрочем, поступили сведения, что варфарин стали завозить. Так ли это, появился ли он в аптеках? — не знаю.

ОБЩИЙ АНАЛИЗ

от П. Медика
Часть 2

СТРАНА УЯЗВИМА
ПЕРЕД ЛЮБОЙ КАТАСТРОФЕЙ

ПРОТОКОЛЫ МГНОТ

**ПРОТОКОЛ СОВМЕСТНОГО ЗАСЕДАНИЯ
АНГИОЛОГИЧЕСКОЙ
И КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ СЕКЦИЙ
МГНОТ от 24 мая 2007 года**

Сопредседатели секций: член-корр. РАН, акад. РАМН, проф. Ю.Н. Беленков, член-корр. РАМН, проф. В.А. Сандриков, проф. М.П. Савенков, проф. М.Г. Глезер, проф. В.А. Парфенов, проф. А.В. Чупин.

Постоянный оппонент: проф. П.А. Воробьев

Секретарь: Л.А. Положенкова

Повестка дня: «Ревматизм. Мы победили?»

1. Акад. РАМН, проф. В.А. Насонова; д. м. н. Б.С. Белов (ГУ Институт Ревматологии РАМН). Современные аспекты острой ревматической лихорадки и хронической ревматической болезни сердца».

В докладе обсуждаются современные аспекты острой ревматической лихорадки и хронической ревматической болезни сердца. Представлена новая номенклатура и классификация. Термин «ревматизм» не существует, так как с 2003 г. принят термин «острая ревматическая лихорадка» и «хроническая ревматическая болезнь сердца». Термин острая ревматическая лихорадка (не ревматизм!) наиболее правильный, т. к. он привлекает внимание врачей к уточнению связи заболевания с инфекцией и необходимости проведения лечения антибиотиками. Изложены основные признаки острой ревматической лихорадки (кардит, полиартрит, хорея, кольцевая эритема, ревматические узелки) и малые (лихорадка, артралгия). Перечислены лабора-



торные и инструментальные методы диагностики (проведение доплер-ЭхоКГ обязательно). Даны схемы лечения (антимикробная и этиотропная терапия) и профилактики (первичная и вторичная) острой ревматической лихорадки. Первичная профилактика заключается в проведении своевременной антибактериальной терапии БГСА (бета-гемолитический стрептококк группы «А»), тонзиллита или фарингита, являющегося основной причиной развития острой ревматической лихорадки. Однако подчеркнуто, что острый стрептококковый тонзиллит следует подтверждать микробиологическим исследованием мазка с поверхности миндалин или задней стенки глотки (его чувствительность и специфичность 90—99%). Вторичная профилактика острой ревматической лихорадки проводится бензатин-пенициллином (препарат вводится 1 раз в 3 недели круглогодично, больным без кардита — 5 лет после последней атаки и т. д.). Подчеркнуто, что острая ревматическая лихорадка не является хронической болезнью, больные излечиваются полностью. Повторная атака заболевания у больных с ревматическим анамнезом считается не рецидивом, а новым эпизодом острой ревматической лихорадки.

Далее в докладе дана характеристика хронической ревматической болезни сердца (заболевание, характеризующееся поражением сердечных клапанов в виде поствоспалительного краевого фиброза клапанных створок или порока сердца, сформировавшегося после перенесенной острой ревматической лихорадки) и обосновано лечение сердечной недостаточности, развивающейся при данной патологии (диуретики, сердечные гликозиды, иАПФ, бета-блокаторы, блокаторы кальциевых каналов). В заключение докладчик отметил, что, несмотря на своевременную диагностику и адекватное лечение острой ревматической лихорадки, с 1993 г. отмечается повышение хронической ревматической болезни сердца среди детей в 2 раза. На вопрос: «Победили мы ревматизм?» докладчик ответил словами поэта А. Блока: «...и вечный бой, покой нам только снится».

Вопросы к докладчику:

Вопрос П.А. Воробьева: «Стандарты существуют по лечению острой ревматической лихорадки и хронической ревматической болезни сердца?»

Ответ: «Пока нет, данная работа находится в процессе».

Вопрос: «Местное лечение А-стрептококковой инфекции заменяет общую терапию?»

Ответ: «Нет, никакое местное лечение заменить общего не может».

Вопрос: «Какой показатель титра АСЛ-О характерен для ревматизма?»

Ответ: «Разброс показателей титра при острой ревматической лихорадке очень большой и зависит от многих причин, поэтому рекомендуется брать кровь на титр 2-3 раза и выводить средний показатель».

Вопрос: «По титру АСЛ-О можно судить о том, что больной перенес активный ревматический процесс?»

Ответ: «Титр АСЛ-О не лечится, как и не лечится ни один лабораторный показатель».

Вопрос: «Какое значение имеет тонзилэктомия для профилактики острой ревматической лихорадки?»

Ответ: «Тонзилэктомия показана, если часто рецидивирует ангина и плохо поддаются лечению гнойные пробки, но лучше этот вопрос решать индивидуально».

Вопрос: «Больной зуб, поражение кожи могут быть источником стрептококковой инфекции?»

Ответ: «Нет, ревмотогенностью обладает только ангина, фарингит».

Замечание М.П. Савенкова: «Лечить больных с острой ревматической лихорадкой следует только по стандарту, иначе будет много осложнений и рецидивов, вот почему с оформлением стандартов следует поторопиться».

2. Д. м. н. Каратеев А.Е. (ГУ Институт Ревматологии РАМН). Тактика предупреждения осложнений терапии нестероидными противовоспалительными препаратами.

В докладе изложены показания и противопоказания для лечения больных нестероидными противовоспалительными препаратами. Показаны их побочные нежелательные эффекты, прежде всего со стороны желудочно-кишечного тракта (эрозии, язвы, кровотечения, энтеропатии), причем они развиваются не так уж редко (диспепсия, ассоциированная с их приемом, составляет 30%). Подчеркнуто, что если у больного в анамнезе имеет место язва или большой пожилой (старше 65 лет), то препараты типа аспирина не показаны. Отмечено также, что введение нестероидных противовоспалительных препаратов в свечи или инъекциях не спасает от диспепсии или других осложнений. В таких случаях показаны селективные препараты, наилучшим эффектом обладает «Нимесил» («Нимесулид»). «Нимесил» является золотым стандартом среди этой группы. Изложены показания и противопоказания к его назначению. При необходимости проведения лечения нестероидными противовоспалительными препаратами у больных с язвой желудка или 12-типерстной кишки предпочтение следует отдавать «Нимесилу», который в таких случаях назначается вместе с ингибиторами протонной помпы («Омепразол» и др.).

Вопросы к докладчику:

Вопрос: «При остеохондрозе можно назначать «Нимесил»?»

Ответ: «Да, препарат показан, если имеют место боли в спине».

Вопрос: «Как часто развивается гепатоксическая реакция при приеме «Нимесила»?»

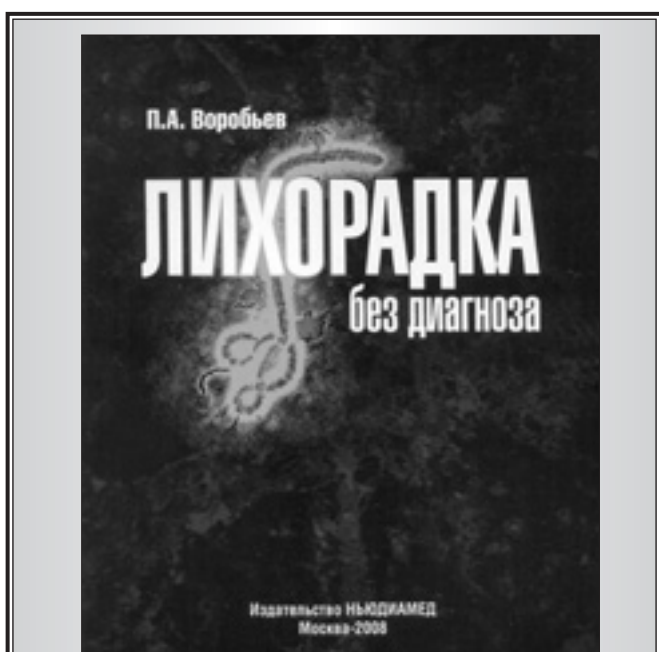
Ответ: «Крайне редко».

Вопрос: «Аспирин можно назначать вместе с «Нимесилом»?»

Ответ: «Да, при необходимости его можно сочетать с аспирином».

Заключение.

В заключение М.П. Савенков поблагодарил докладчиков за прекрасные сообщения. Забывать ревматизм нам нельзя, сказал он, это подтверждается тем, что число ревматических пороков в XXI веке увеличивается. Терапевтам следует не только хорошо лечить стрептококковую инфекцию антибиотиками, но и правильно проводить профилактику. Адекватное проведение первичной и вторичной профилактики у больных с острой ревматической лихорадкой будет способствовать снижению развития возможных осложнений, прежде всего пороков сердца. Что касается нестероидных противовоспалительных препаратов, было отмечено, что их количество увеличивается, а значит, у больных увеличивается возможность выбора препаратов, и это очень важно. Врачей пора избавить от назначения только тех лекарств, которые входят в «бесплатные» списки. Больного следует обеспечить деньгами, чтобы он сам выбирал препарат. В 2008—2009 гг. врачи будут получать зарплату по конечному результату, как врач окажет помощь, а «хорошо и дешево не бывает».



Уважаемый доктор! Если перед Вами пациент с повышенной температурой тела, а в основе гипертермии может лежать много разнообразных заболеваний — от психических и поведенческих расстройств до нарушения терморегуляции в результате врожденных дефектов, от тяжелых инфекционных заболеваний до опухолей и системных васкулитов. Откройте книгу «Лихорадка без диагноза», и Вам помогут представленные в книге алгоритмы обследования, сведения об этиологии и патогенезе лихорадки.

ИнтерНьюс

Теоретически Россия может обеспечить себя инсулином. Но не делает этого

По официальным данным, на сегодняшний день в России более 2,5 млн человек страдает сахарным диабетом (истинная заболеваемость намного выше, примерно 6—8 млн человек, правда подавляющее большинство — 2-го, инсулин-независимого типа). Ежегодно выявляется до 200 тыс. новых случаев. Россия сможет обеспечить своих больных диабетом граждан отечественными инсулинами и перестанет зависеть от поставок иностранных компаний, заявила на заседании «круглого стола» в Совете Федерации замруководителя Росздравнадзора Елена Тельнова. Но на сегодняшний день пока только одно российское производство имеет полный цикл создания инсулиновых препаратов от субстанции до готовой лекарственной формы — «Национальные биотехнологии». Поэтому, отметила Тельнова, пока 90—98% потребления инсулинов в России относится к препаратам зарубежного производства. Инсулиновые препараты в страну поступают из 7 государств: Германии, Дании, Швейцарии, Франции, Индии, Китая и Польши. Елена Тельнова сообщила, что в стране есть три производства по изготовлению инсулинов. Это — компании «Брынцалов А», Институт биоорганической химии РАН, «Национальные биотехнологии». Еще три завода, отметила Тельнова, готовятся включиться в работу: Орловский «Биотон-Восток», «Медсинтез» в Новоуральске и «Фармстандарт» в Уфе. «Так, в Уфе заканчивается строительство упаковочной линии, в Новоуральске готова первая очередь завода. Кроме того, подписано соглашение о строительстве производства между компанией «Биотэк» и китайской корпорацией «ДОНГБА» на базе пензенского завода «Биосинтез».

Непонятно одно: пугаем вторым типом диабета, а обсуждаем — инсулин? Или и его собираемся лечить инсулином?

Источник: АМИ-ТАСС

Американские дети больше не могут толстеть

Опубликован отчет об уровне детского и подросткового ожирения в США, основанный статистических исследованиях 1996—2006 гг. Впервые за последние 25 лет в США наблюдается стабилизация показателей уровня ожирения и избыточного веса среди детей. Ура! По данным американского Центра по контролю заболеваний и профилактике (CDC), в настоящее время ожирением или избыточным весом страдают до 32% американских детей. Показатели ожирения и избыточного веса, стабильно возрастающие с начала 80-х годов прошлого века, достигли пика приблизительно к 1999 г., после чего их рост остановился. Причины этого феномена пока не ясны. По одной версии, плоды начали приносить федеральные программы по пропаганде правильного питания и здорового образа жизни среди школьников. Но не исключено и влияние более фундаментальных факторов: возможно, достигнут максимально возможный процент ожирения среди людей, генетически подверженных ему в данных условиях среды. Клинические признаки ожирения наблюдаются приблизительно у 16% американских детей и подростков, а избыточный вес отмечается еще у такого же количества детей. Таким образом, проблемы с лишним весом испытывают около трети американцев в возрасте до 19 лет.

Источник: MedPortal

Минздрав торговаться не будет

На заседании оргкомитета по подготовке и проведению мероприятий, посвященных 250-летию основания ММА им. Сеченова, министр здравоохранения и социального развития Т. Голикова заявила, что Минздравсоцразвития РФ больше не будет осуществлять централизованные закупки оборудования для федеральных клиник. Теперь медицинские институты и клиники страны станут самостоятельно приобретать необходимое им оборудование. Министр пояснила, что организациям необходимо будет только согласовать свои планы закупок, передав в министерство документы с указанием потребности в том или ином оборудовании. Затем Минздравсоцразвития перечислит в конкретные учреждения финансовые средства для закупки оборудования. Проведением конкурса и осуществлением закупки займутся непосредственно сами институты и клиники. Неясно, касается ли это только федеральных клиник, или аналогичные планы есть и в сфере реализации Нацпроекта «Здоровье».

Источник: АМИ-ТАСС

ИнтерНьюс

Онкология в приоритете у Президента

Президент Российской академии наук Юрий Осипов назвал приоритетным направлением научной деятельности сегодня медицинские исследования и создание новых лекарств, особенно в борьбе с онкологическими заболеваниями. «Мы считаем важнейшим направлением деятельности те исследования, которые непосредственно направлены на человека, — сказал он. — Я имею в виду фундаментальную медицину, конструирование новых лекарств, изучение вопросов биологии, которые непосредственно связаны со здоровьем человека». В частности, по его мнению, пристального внимания ученых требует поиск эффективного лекарства против рака. Это направление, по его мнению, столь важно, что требует объявления специальной национальной программы. «Сейчас так много новых идей, такие возможности в стране, что такую программу нужно объявить», — сказал Осипов, подчеркнув, что такого мнения придерживается ряд академиков и известных врачей. Речь идет, в частности, об А.И. Воробьеве, предложившем академикам заняться этими вопросами. Не все разделяли эту точку зрения, считая приоритетными средства терапии сердечно-сосудистых заболеваний, так как последних больше. Но именно в онкологии сегодня наблюдается прорыв, связанный с таргетной терапией — препаратами, бьющими по «цели». Глава РАН также отметил, что в научной деятельности есть и другие приоритеты, возникающие из задач, которые ставит государство. Так, по его словам, важнейшими являются исследования в области нанотехнологий.

Источник: АМИ-ТАСС, собственная информация

Здоровых нет, есть недообследованные. Нет медиализации общества

Исследование, проведенное голландскими учеными, показало, что у 13% здоровых людей старше 45 лет имеются «молчашие» поражения головного мозга, в том числе бессимптомные инсульты, аневризмы и опухоли. Аад ван дер Люгт из Erasmus Medical Center в Роттердаме с помощью магнитно-резонансной томографии изучил состояние головного мозга 2000 здоровых человек. По результатам исследования у 7,2% добровольцев был выявлен бессимптомный инсульт, аневризмы мозга (у 1,8% человек) и доброкачественные опухоли (у 1,6%), среди которых преобладали менингиомы. Между тем, бессимптомные инсульты удваивают риск развития слабоумия и в 3 раза увеличивают риск последующих инсультов, сообщил Люгт. При этом он отметил, что лечения, которое позволяло бы уменьшить этот риск, в настоящее время не существует. Комментируя новые данные, эксперты из США отметили, что не ожидали увидеть столь высокий процент скрытых патологий мозга. Тем не менее, они высказались против введения обязательного МРТ-скрининга мозга, отметив, что исследование может вызвать «ненужное беспокойство» у населения, в то время как большинство выявляемых патологий не имеют лечения.

Источник: www.solaris-info.ru

Взвешиваем риски. Сколько вешать?

Исследователи из итальянской лаборатории TOMA в Бусто Арсицио проанализировали результаты 115576 исследований, проведенных в лаборатории за последние 14 лет, из них 84847 амниоцентезов и 30729 биопсий хориона. Полученные данные были сконструированы с официальными уровнями выявляемости, предоставленными консорциумами SURUSS и FASTER. Ученые пришли к выводу, что существующие пренатальные исследования позволяют обнаружить хромосомные нарушения не более чем в половине случаев. Они выявляют лишь изменения числа хромосом, такие, как при синдромах Дауна, Эдвардса, Патау, Тернера и триплоидии, причем даже их — не в 100% случаев. Для диагностики нарушений структуры, а не количества хромосом эти исследования не подходят. Врачам следует уделять большое внимание консультированию пациенток перед этими исследованиями, объясняя возможный риск (эти исследования связаны с повышенным риском выкидыша и младенческой смертности) и диагностическую ценность процедуры. Это необходимо для того, чтобы беременная женщина могла принять информированное решение о прохождении исследования.

Источник: MedPortal

ПРОТОКОЛ ПЛЕНАРНОГО ЗАСЕДАНИЯ МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ от 28.02.2007 г., Заседание посвящено Дню защитника Отечества

Председатель: академик РАМН Н.А. Мухин

Секретарь: О.В. Борисенко

Повестка дня:

1. Проф. В.М. КЛЮЖЕВ, проф. В.Н. АРДАШЕВ, А.Ф. БАХТИН (ГВКГ им. академика Н.В. Бурденко).

Высокотехнологические виды медицинской помощи в госпитале им. академика Н.В. Бурденко

В докладе обобщен опыт ГВКГ им. академика Н.В. Бурденко по оказанию высокотехнологических видов медицинской помощи в кардиологии, онкологии, гематологии. За 2006 г. в госпитале получили медицинскую помощь, которая подпадает под рубрику «высокотехнологичной (дорогостоящей)», 7218 больных и затраты на это составили 570 млн рублей. Это составляет более 50% от всех высокотехнологических видов медицинской помощи, которые оказываются в лечебных учреждениях МО РФ, и 5,8% по РФ. Госпиталь оказывает высокотехнологичную медицинскую помощь не только в плановом порядке. Так, за 2006 г. 10% больных получили её по неотложным показаниям. Это, в первую очередь, пациенты с кардиологической, сосудистой, онкогематологической патологией, заболеваниями органов пищеварения и мочеполовой системы. Наиболее затратными являются разделы современной химиотерапевтической помощи.



В госпитале выполняется эндоэлектрофизиологическое исследование сердца и катетерные вмешательства практически при всех видах нарушений сердечного ритма. Ежегодно в Центре рентгенэндохирургии выполняется около 800 исследований и 540 операций, что из расчета на одного оператора в 2 раза больше, чем в аналогичных центрах США, при той же результативности и эффективности вмешательств. В госпитале самый большой опыт в Вооруженных Силах по имплантации кардиовертеров-дефибрилляторов при злокачественных нарушениях ритма сердца (25 пациентов) и имплантации ресинхронизирующих устройств при тяжелой хронической сердечной недостаточности (46 пациентов).

ПРОТОКОЛЫ МГНОТ

В госпитале выполняются трансплантации гемопоэтических стволовых клеток. Трансплантации выполнялись при онкогематологических заболеваниях (острые лейкозы, злокачественные лимфомы, множественная миелома, хронический миелолейкоз, гистиоцитоз) и неонкологических заболеваниях (рассеянный склероз, идиопатический амилоидоз). Во всех случаях достигнуто стойкое приживление трансплантата (средняя длительность восстановления гемопоэза 14 дней). Летальность, связанная с процедурой, составила 3,6% (мировой стандарт 5–10%).

В работу госпиталя внедрены новые технологии гемотрансфузиологической помощи. Среди них донорский тромбоцитаферез на автоматических сепараторах клеток крови, что позволяет получать от одного донора две и более лечебные дозы высокоэффективного тромбоцитного концентрата. Используются иммуногематологические исследования крови доноров и реципиентов в гелевых технологиях — принципиально новый уровень обеспечения иммунологической безопасности гемотрансфузий. Инактивация патогенных микроорганизмов в компонентах крови (тромбоцитах и плазме) по технологии INTRASEPT — перспективное направление предупреждения посттрансфузионных инфекций.

Применение высокотехнологических видов обследования и лечения позволяет поддерживать высокий профессиональный уровень медицинских работников, улучшить результаты лечения больных, оптимизировать основные статистические показатели работы лечебного учреждения.

2. Проф. В.Н. АРДАШЕВ, к. м. н. О.В. ЯКОБ, проф. А.В. АРДАШЕВ (ГВКГ им. академика Н.В. Бурденко).

Электрокардиостимуляция у больных с терминальной стадией хронической сердечной недостаточности

В докладе представлен опыт ГВКГ им. акад. Н.В. Бурденко в лечении пациентов с хронической сердечной недостаточностью методом постоянной бивентрикулярной электрокардиостимуляции. С февраля 2004 г. по настоящее время под наблюдением находилось 42 пациента: возраст: 35–92 лет (в среднем $69,7 \pm 11,9$), хроническая сердечная недостаточность по NYHA на фоне адекватной терапии: III ФК — 30 пациентов; IV ФК — 12 пациентов; длительность QRS — 147 мс; фракция выброса — 30%; КДР ЛЖ — 73 мм; период наблюдения: 2 — 36 месяцев (в среднем $18,7 \pm 5,4$). Дилатационную кардиомиопатию имели 12 пациентов, 16 пациентов страдало постинфарктным кардиосклерозом, у 19 пациентов имелась стенокардия напряжения. По результатам исследования улучшение функционального класса хронической сердечной недостаточности отмечалось у всех пациентов: с III (26 больных) до II (20 больных) и до I (6 больных), с IV (16 больных) до III (13 больных) и до II (3 больных). Умерло 5 (12%) пациентов. Среди осложнений были отмечены интраоперационные (диссекция коронарного синуса — 3 (10%) пациента; острый инфаркт миокарда — 1 (3%) пациент) и постоперационные (дислокация левожелудочкового электрода — 3 (10%) пациента; диафрагмальная стимуляция — 10 (32%) пациентов). Повторная операция потребовалась в 1 случае. Таким образом, кардиоресинхронизирующая терапия является в настоящее время оптимальным средством длительной инотропной поддержки при тяжелой сердечной недостаточности.

Вопросы к докладчикам:

Вопрос: Участвовали ли в исследовании пациенты с аневризмой? Были ли среди причин смерти разрывы аневризмы?

Ответ: Пациентов с аневризмой сердца в исследование не включали. Всего разрывы сердца встречались в 2–3% случаев.

Заключение председателя:

Сегодня мы услышали о работе замечательного госпиталя, который недавно отпраздновал юбилей. Мне хочется сказать о соотношении между клиническим мышлением и результатами исследований, полученных с помощью современных методов. Сейчас выпускники ВУЗов плохо знают методы обследования, которые использовались ранее. При всем блеске современных методов обследования остается подход врача, когда он определяет, когда и кому эти обследования назначаются.

Уважаемые господа!

В 2008 году издательство «Ньюдиамед» начало выпуск нового журнала

ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА И КЛИНИЧЕСКАЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Журнал продолжает 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 основанным 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 является 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).

СТАНДАРТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

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

Эти стандарты мало доступны врачам.

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

Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

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

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

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

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

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

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

СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ДРУГИМИ ТРАВМАМИ ГЛАЗА И ОРБИТЫ, ИНОРОДНЫМ ТЕЛОМ В НЕУТОЧНЕННОЙ НАРУЖНОЙ ЧАСТИ, ПРОНИКАЮЩЕЙ РАНЕЙ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА БЕЗ ИНОРОДНОГО ТЕЛА

1. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА

Категория возрастная: взрослые, дети

Нозологическая форма: Другие травмы глаза и орбиты; инородное тело в неуточненной наружной части; проникающая рана глазного яблока без инородного тела

Код по МКБ-10: S 05.8; T15.9; S05.6

Фаза: острое состояние

Стадия: первое обращение

Осложнение: вне зависимости от осложнений

Условие оказания: скорая медицинская помощь

Утверждено

приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 августа 2007 г. № 564

1.1. ДИАГНОСТИКА

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.26.001	Сбор жалоб и анамнеза при патологии глаз	1	1
A01.26.002	Визуальное исследование при патологии глаз	1	1
A01.26.003	Пальпация при патологии глаз	1	1
A02.26.001	Исследование переднего сегмента глаза методом бокового освещения	1	1
A02.31.001	Термометрия общая	1	1
A02.10.002	Измерение частоты сердцебиения	1	1
A02.12.001	Исследование пульса	1	1
A02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	1

1.2. ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА 30 МИНУТ

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.26.001	Сбор жалоб и анамнеза при патологии глаз	1	1
A01.26.002	Визуальное исследование при патологии глаз	1	1
A01.26.003	Пальпация при патологии глаз	1	1
A11.26.008	Биопсия участков глаза, глазницы, новообразований, удаление инородных тел, паразитов	1	1
A02.12.001	Исследование пульса	1	1
A02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	1
A25.26.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях органа зрения	1	1
A11.02.002	Внутримышечное введение лекарственных средств	1	1
F05.01.02	Транспортировка пациента службой скорой медицинской помощи вне медицинского учреждения (организации)	1	1

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД**	ЭКД***
Анальгетики, нестероидные противовоспалительные препараты, средства для лечения ревматических заболеваний и подагры			1		
	<i>Ненаркотические анальгетики и нестероидные противовоспалительные средства</i>		0,7		
		Лорноксикам	0,5	8 мг	8 мг
		Кеторолак	0,5	30 мг	30 мг
	<i>Наркотические анальгетики</i>		0,3		
		Морфин	0,3	10 мг	20 мг
		Трамadol	0,4	100 мг	200 мг
		Тримеперидин	0,3	10 мг	20 мг
Средства для профилактики и лечения инфекций			0,1		
	<i>Антибактериальные средства</i>		1		
		Цефтриаксон	1	1000 мг	2000 мг

* — Анатомо-терапевтическо-химическая классификация. ** — Ориентировочная дневная доза. *** — Эквивалентная курсовая доза.

СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С НАРУШЕНИЯМИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ НЕУТОЧНЕННЫМИ

1. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА

Категория возрастная: взрослые, дети

Нозологическая форма: нарушения сердечного ритма неуточненные

Код по МКБ: I49.9; I45.9

Фаза: острое состояние

Стадия: первое обращение

Осложнение: вне зависимости от осложнений

Условие оказания: скорая медицинская помощь

Утверждено

приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 25 сентября 2006 г. № 679

1.1. ДИАГНОСТИКА

Код	Наименование	Частота предоставления	Количество
A01.10.001	Сбор жалоб и анамнеза при патологии сердца и перикарда	1	1
A01.10.002	Визуальное исследование при патологии сердца и перикарда	1	1
A01.10.003	Пальпация при патологии сердца и перикарда	1	1
A01.10.005	Аускультация при патологии сердца и перикарда	1	1
A02.10.002	Измерение частоты сердцебиения	1	1
A02.12.001	Исследование пульса	1	1
A02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	1
A02.09.001	Измерение частоты дыхания	1	1
A05.10.001	Регистрация электрокардиограммы	1	2
A05.10.007	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиограммы	1	2

1.2. ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА 30 МИНУТ

Код	Наименование	Частота предоставления	Количество
A01.10.001	Сбор жалоб и анамнеза при патологии сердца и перикарда	1	1
A02.12.001	Исследование пульса	1	1
A02.10.002	Измерение частоты сердцебиения	1	1
A02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	1
A25.10.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях сердца и перикарда	1	1
A11.02.002	Внутримышечное введение лекарственных средств и растворов	1	1
A11.12.003	Внутривенное введение лекарственных средств	1	1
A17.10.001	Электростимуляция при патологии сердца и перикарда	0,1	1
A05.10.001	Регистрация электрокардиограммы	1	2
A05.10.007	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиограммы	1	2
F05.01.02	Транспортировка пациента службой скорой медицинской помощи вне медицинского учреждения (организация)	0,5	1

1.3. ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД**	ЭКД***
Средства, влияющие на сердечно-сосудистую систему			0,9		
	<i>Противоаритмические средства</i>		0,3		
		Амиодарон	0,2	150 мг	150 мг
		Прокаинамид	0,2	100 мг	1000 мг
		Магния сульфат	0,2	1000 мг	2000 мг
		Аденозин	0,2	6 мг	30 мг
		Лидокаин	0,2	100 мг	200 мг
	<i>Средства для лечения сердечной недостаточности</i>		0,5		
		Дигоксин	1	0,25 мг	0,25 мг
	<i>Гипотензивные средства</i>		0,2		
		Верапамил	0,5	5 мг	5 мг
		Пропранолол	0,5	5 мг	10 мг
	<i>Вазопрессорные средства</i>		0,3		
		Фенилэфрин	1	10 мг	50 мг
Средства, влияющие на кровь			1		
	<i>Средства, влияющие на систему свертывания крови</i>		1		
		Гепарин натрий	1	5000 Ед	5 000 Ед
Средства, влияющие на центральную нервную систему			0,05		
	<i>Анксиолитики (транквилизаторы)</i>		1		
		Диазепам	1	10 мг	30 мг
Средства для лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта			0,1		
	<i>Спазмолитические средства</i>		1		
		Атропин	1	1 мг	2 мг

* – Анатомо-терапевтическо-химическая классификация.

** – Ориентировочная дневная доза.

*** – Эквивалентная курсовая доза.

Утверждено
приказом Министерства здравоохранения
и социального развития Российской Федерации
от 4 сентября 2006 г. № 625

СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ЗАДЕРЖКОЙ МОЧИ

1. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА

Категория возрастная: взрослые, дети**Нозологическая форма:** задержка мочи**Код по МКБ-10:** R 33**Фаза:** острое состояние**Стадия:** первое обращение**Осложнение:** вне зависимости от осложнений**Условие оказания:** скорая медицинская помощь

1.1. ДИАГНОСТИКА

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A 01.31.009	Сбор анамнеза и жалоб общетерапевтический	1	1
A 02.31.001	Термометрия общая	1	1
A 01.31.010	Визуальный осмотр общетерапевтический	1	1
A 01.31.011	Пальпация общетерапевтическая	1	1
A 01.31.016	Перкуссия общетерапевтическая	1	1
A 02.10.002	Измерение частоты сердцебиения	1	1
A 02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	1

1.2. ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА 30 МИНУТ

Код	Наименование	Частота предоставления	Количество
A 01.31.009	Сбор жалоб и анамнеза общетерапевтический	1	1
A 02.10.002	Измерение частоты сердцебиения	1	1
A 02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	1
A 11.28.007	Катетеризация мочевого пузыря	0,8	1
F 05.01.02	Транспортировка пациента службой скорой медицинской помощи вне медицинского учреждения (организации)	0,7	1

Начало на стр. 1 ↗

как практическому врачу, знаний по диетологии всегда не хватало. Певзнера уже не удовлетворял. В 1975 году я, будучи заведующей редакцией справочной литературы, предложила в 5-летний план издания справочной литературы включить справочник по диетологии. Владимир Иванович Маевский через несколько дней сказал, что можно звонить академику АМН СССР, директору Института питания Алексею Алексеевичу Покровскому. Он был рад, но, к сожалению, прожил после этого всего несколько месяцев. К этому времени в Ленинградском филиале нашего издательства вышел справочник по детской диетологии — наглядный пример, как не надо делать книгу по диетологии: был справочник по педиатрии, а в конце описания каждой болезни — две строчки по питанию. С рукописью нашего справочника долго работали авторы, потом редакторы. Выпустили 180 тыс. экземпляров хорошей книги, очень нужной не только врачам. В первом издании справочника была небольшая глава — 21 страница (правда, петит) — «Характеристика основных пищевых продуктов» М.С. Маршака, ушедшего из жизни, фамилию Маршака мы просто обвели рамкой. Из 2-го издания (1992 год) замечательная глава исчезла. Где вы теперь прочитаете, что в яичном желтке содержится холестерин только 1,5–2%, а лецитин — около 10% (его выпускают теперь как БАД), а СМИ пугают население высоким содержанием холестерина в яйцах. В третьем издании справочника (2002 год) не помещена и таблица по хими-

ческому составу пищевых продуктов. На стр. 116 (первая колонка) написано, что железо овощей и плодов всасывается лучше, чем железо лекарственных препаратов (без ссылки на литературу). Может быть, гематологи проведут подобное исследование и подтвердят это положение?

Я не рассказала о многих прекрасных людях, с которыми работала, у которых училась и продолжаю учиться. Помню их и благодарю.

Чем старше становлюсь, тем рациональней и правильней стараюсь питаться. Во многих случаях можно обойтись без лекарств. Я исключила из питания все, что содержит маргарин, трансжиры (а сколько было восторга, когда американцы изобрели маргарин), глутамат натрия, консервированную пищу, колбасы, сосиски. Расстраиваюсь, когда ко мне приходят гости и приносят с собой «вкусненькое» — приходится есть, я не могу ничего выбрасывать — выросла, не принимая атмосферы общества потребления. Покупаю хорошую воду. Мне 80 лет, я активно работаю, живу полноценной жизнью. Медицина — моя любовь, мне интересны история и истории, философия и философы, особенно В.С. Соловьев и его стихи. Конечно, лечусь современными лекарствами (принимаю только два препарата), слежу за питанием, сном, физической нагрузкой... Мне понравилась формула здоровья: «Наука, вера, опыт, здравый смысл». Сейчас заговорили и о фармакогеномике, а не только о фармакоэкономике и фармакоэпидемиологии, но и хорошо бы задачи ее решить поскорее, чтобы подбирать ключ к замку.

Беседовала А. Власова

ИнтерНьюс

Дрожжи против малярии

Каждый год от малярии умирает от 1 до 3 млн человек, 90% из них — дети в возрасте до 5 лет. Артемизинин признан в 2004 году ВОЗ самым эффективным противомалярийным лекарством. Стоимость курса лечения препаратом составляет более 2 долларов США. Учитывая то, что малярия чаще всего поражает малоимущее население развивающихся стран, такое лечение доступно далеко не всем нуждающимся. Теперь разработан метод производства лекарства от малярии с помощью генноинженерных дрожжей. По расчетам, стоимость препарата, произведенного таким способом, будет примерно в 10 раз ниже, чем синтезированного химическим путем. Речь идет о препарате артемизинине, выделенного из сладкой полыни (*Artemisia annua*) и известного китайской народной медицине в течение 2000 лет под названием «цинхаосу». В настоящее время его получают экстракцией из этого растения. Разработанный профессором Дж. Кислингом из Университета Калифорнии в Беркли способ производства артемизинина потребовал создания генноинженерного дрожжевого грибка. Этот грибок благодаря 12 новым генам стал вырабатывать артемизининовую кислоту, которую затем химически преобразуют в артемизинин. Для промышленного получения препарата необходимо построить биореактор — емкость объемом от 50 до 100 тысяч литров, в котором дрожжевая закваска будет расти в растворе сахара. Биореактор планирует построить в Европе к 2010 г. французский фармацевтический гигант Sanofi-Aventis. Расчетная стоимость курса лечения генноинженерным артемизином равняется 20 центам США, а количества, производимого одним реактором, хватит для лечения всех 500 миллионов человек, болеющих малярией ежегодно. Кроме того, появление препарата на рынке сделает нерентабельным производство контрафактного артемизина.

Источник: MedPortal

Болезни десен как предрак

Доктор Д. Мишо из Имперского колледжа в Лондоне (Imperial College London) в течение почти 18 лет наблюдал за состоянием здоровья 48375 мужчин-медработников в возрасте от 40 до 75 лет. Каждые 2–4 года мужчины заполняли опросники, отвечая на вопросы о питании и вредных привычках, состоянии зубов и наличии болезней десен. Фиксировались все случаи развития злокачественных опухолей у участников. После учета известных факторов, способствующих развитию рака (в частности, курения), выяснилось, что мужчины с заболеваниями десен в целом на 14% чаще страдали онкологическими заболеваниями по сравнению с людьми со здоровыми деснами. У некурящих людей с болезнями десен риск рака повышался на 21% по сравнению со здоровыми людьми. Исследование также показало, что болезни десен у участников сопровождалась увеличением риска рака легких на 36%, рака почек — на 50%, рака поджелудочной железы — на 54%, лейкозов — на 30%. Есть несколько теорий, объясняющих взаимосвязь между болезнями десен и раком. Так полагают, что ключевую роль в развитии рака играет системное воспаление, затрагивающее не только полость рта, но и внутренние органы. Согласно другой теории, развитие рака может быть спровоцировано какими-либо веществами, образующимися при заболеваниях десен и попадающими в кровь. Третья теория связывает недостаточный иммунный ответ, не позволяющий организму справиться как с инфекцией десен, так и со сниженным противоопухолевым иммунитетом. Британские ученые выяснили, что люди, страдающие заболеваниями десен, имеют повышенный риск развития онкологических заболеваний, такая взаимосвязь отмечается как у курящих, так и у некурящих пациентов. Исследования прошлых лет показали, что регулярная чистка зубов мало влияет на развитие кариеса, зато значительно снижает частоту болезней десен. Так что получается, что чистка зубов может помочь и в борьбе с онкологическими заболеваниями?

Источник: Lancet Oncology, собственная информация



XIII Международная научно-практическая конференция «ПОЖИЛОЙ БОЛЬНОЙ. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ»

29 сентября—1 октября 2008 года

Центральный дом ученых РАН, Москва

Web-сайт: www.zdrav.net, www.zdravkniga.net E-mail: gerontology@zdrav.net.

Постоянно действующий Организационный комитет конференции «ПОЖИЛОЙ БОЛЬНОЙ. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ» сообщает о проведении 29 сентября—1 октября 2008 года

XIII Международной научно-практической конференции.

ОСНОВНЫЕ НАУЧНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ КОНФЕРЕНЦИИ:

- Организация медицинской и социальной помощи пожилым. Современные геронтологические технологии. Сестринский процесс.
 - Геронтологические аспекты терапии (кардиология, ревматология, гематология, и т. д.), хирургии, офтальмологии, стоматологии, неврологии и психиатрии.
 - Теоретические основы геронтологии, старение, геронпротекторы.
 - Стандартизация, медицина, основанная на доказательствах, и клиничко-экономический анализ в гериатрии
 - Геронтофармакология
- Во время конференции будет проходить выставка ведущих фирм, производящих лекарственные препараты, лечебное и реабилитационное медицинское оборудование, предметы ухода для пожилых.

ЗАРЕГИСТРИРОВАТЬСЯ

на XIII Международной научно-практической конференции «Пожилкой больной. Качество жизни», забронировать номер в гостинице вы сможете **ONLINE** или направив в адрес Оргкомитета заявку на участие по почте или по факсу.

Регистрационный взнос с учетом действующих налогов составляет 2000 руб. и обеспечивает аккредитацию участника конференции, публикацию тезисов, получение опубликованных тезисов, папки с материалами конференции, ежедневный обед. Для членов Научного медицинского общества геронтологов и гериатров — оплата в размере 50%. Вопрос о возможности аккредитованных участников выступить с устным сообщением решается Организационным комитетом на основании заявки и тезисов. Регистрационный взнос следует перечислять на расчетный счет ООО «МТП Ньюдиамед» с указанием фамилии участника конференции. К/с 301 018 100 000 000 005 05 Р/с 407 028 105 000 000 004 85 в АКБ «СТРАТЕГИЯ» (ОАО) БИК 044 579 505 Код по ОКОНХ: 91514 Код по ОКПО: 189 440 19 ИНН 770 224 522 0 КПП 770201001

Адрес Оргкомитета: Москва, 115446, Коломенский проезд д. 4, а/я 2, «Ньюдиамед»,

Оргкомитет Конференции: «ПОЖИЛОЙ БОЛЬНОЙ. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ».

Телефон/факс: (499) 782-31-09, E-mail: gerontology@zdrav.net. Web-сайты: www.zdrav.net www.zdravkniga.net

В начале июня 2008 г. прошло очередное обострение гонимости про фальшивые лекарства. Все радостно высказались за то, чтобы производители фальсифицированных лекарств несли уголовную ответственность, если их оборот превысит 1 млн рублей: эту норму внесли в законопроекты, обсуждающиеся сейчас в комитете по охране здоровья Государственной думы. Проекты этих законов «Об усилении уголовной и административной ответственности за производство и распространение фальсифицированных и недоброкачественных лекарств и биоактивных добавок» и «О внесении изменений в УК, УПК и КоАП» были подготовлены Институтом государства и права РАН и Ассоциацией работников правоохранительных органов РФ.

Специалистам опять что-то мешает. «Действующий УК РФ не предусматривает в отдельной статье ответственности за поддельные лекарства, что не позволяет вести целенаправленную борьбу с фальсификатами», — говорит представитель правоохранительных органов С. Максимов. В новом документе должна быть ответственность не только за поддельные лекарства, но и за недоброкачественные препараты, то есть пришедшие в негодность. «Обращение поддельных лекарств не менее (если не более) опасно, чем обращение на рынке фальсификатов». Новый законопроект предусматривает ответственность не только за ввоз на территорию России фальсифицированных лекарств, но и за их вывоз, так как вывоз лекарств нередко служит юридическим прикрытием их контрабандного ввоза. Ай! Нам бы со своим разобраться, а не с чужими проблемами тягаться.

Ой! По действующему законодательству поддельные лекарства, обнаруженные во время проверок, не могут быть сразу признаны вещественными доказательствами и подлежат уничтожению. По мнению С. Максимова, это приводит к развалу уголовного дела еще до суда.

По статистике, подделывается 0,35% от 18 тысяч наименований лекарств, обращающихся на российском фармацевтическом рынке. Откуда, товарищи, цифры такие? Это что — пойманные, или предполагаемые путем экстраполяции? В мире-то считается, что 10% фальшака, а у нас на порядок меньше?! Заместитель председателя комитета Государственной думы РФ по охране здоровья А. Чухраев отме-

тил: «Количество уголовных дел по фактам реализации фальсифицированной продукции мизерно, а сумма прибыли, получаемой от этой деятельности компаниями, указывается неверно». Больше на правду похоже, даже в США 10% лекарств на рынке — подделка. И столько же — контрабанда из Канады в первую голову.

«Изменения в Уголовном кодексе, усиливающие ответственность компаний и отдельных людей на всех этапах изготовления и реализации поддельных препаратов, должны применяться не только к лекарствам, но и к биологическим добавкам», — отметил А. Чухраев. Правда, все БАД в России — подделки под лекарства, их просто в существующем виде надо отменить.

Звучали обвинения и в адрес производителей — мол, молчат в тряпочку, так как боятся, что ихние бренды перестанут покупать из-за возможности купить фальшак. Так-то оно так, но фальшивые лекарства делаются на хорошо продаваемые препараты, их, на самом деле, немного. Госпрограммы, госзакупки «оттянули» былой интерес фармкомпаний к розничной торговле за наличные деньги, и «волнительных» препаратов осталось в аптеках немного — 1 спазмолитик, 1 антибиотик и 1 средство для импотентов.

Удивляет другое. Разговоры разговаривают про фальшивые лекарства — чуть не 10 лет. Хлопают все себя ушами по щекам, руками плещут — а воз и ныне там. Известные всей стране производители-фальшивотаблетчики, штампующие свой мерзкий товар чуть ли не в центре Москвы, за руку так и не пойманы. Мол, полномочий не хватает. Или желания? Или (т-с-с) — откупаются?

На самом деле бить надо по аптекарю. Он — директор аптеки по-нынешнему — точно знает, что торгует фальшивыми лекарствами (или просроченными, или — негодными, например, из-за условий хранения): он товар принимает, с поставщиком расплачивается. Его, аптекаря, поймать легче, чем монстров фармбизнеса, и наказать — проще, и наказание для него — чувствительнее. Только сделать это надо публично, на площади, со спущенными штанами, в телевизоре порку публичную показать, чтобы другие убоялись. А если сбыт прервать, то и производители притормозятся. Правда, влезут и в госпоставки, но там уже — другая тема.

Так что от разговоров этих в прессе за многие годы уже мутит — болтают, болтают и не делают ничего.

ОБЩИЙ АНАЛИЗ от П. Медика ФАЛЬШИВАЯ БУЗА

ИнтерНьюс

Клинические исследования в России

За I квартал 2008 г. Росздравнадзором РФ было выдано 130 разрешений на клинические исследования, включая исследования на биоэквивалентность, — это на 4 исследования меньше, чем в соответствующем квартале прошлого года. Большинство составляют международные многоцентровые клинические исследования, их доля в общем объеме по сравнению с прошлым годом не изменилась и составляет 62%, а количество незначительно сократилось, с 83 до 80. Спонсорами исследований выступили 40 компаний-производителей из 18 стран — на 1 месте Россия с 42 клиническими исследованиями, за ней — США с 33 исследованиями, Великобритания (15 исследований), Швейцария (11) и Германия (10). Всего в клинических исследованиях II—IV фаз, начатых в I квартале 2008 г., примет участие 9358 пациентов, это в 1,6 раза меньше, чем в соответствующем квартале 2007 г., когда в исследования планировалось включить 14894 пациента. В I квартале 2008 г., так же, как и в прошлом году, 1 место с большим отрывом удерживает британская компания GlaxoSmithKline с 12 новыми исследованиями, с 4 места на 2 поднялась американская Pfizer с 6 исследованиями, на 3 месте — швейцарская Novartis также с 6 исследованиями, уступая Pfizer по количеству пациентов. Среди отечественных производителей лидером по количеству исследований стала компания Фармстандарт, инициировавшая 4 новых клинических исследования, в которые будет включено 160 пациентов в 4 исследовательских центрах. В I квартале 2008 г. 53% новых исследований было инициировано в 6 ведущих терапевтических областях: наибольшее количество исследований традиционно пришлось на долю онкологических заболеваний (18 клинических исследований); 13 клинических исследований было посвящено лечению заболеваний дыхательной системы; по 11 исследований было инициировано в области неврологии и эндокринологии; 10 — сердечно-сосудистой системы; 7 исследований — в области заболеваний желудочно-кишечного тракта. За I квартал 2008 г. FDA было одобрено 23 новых препарата, из них 14 проходят клинические исследования в России. За период с 1 января по 31 марта 2008 г. Комитетом по лекарственным средствам для применения у человека (Committee for Medicinal Products for Human Use, CHMP) Европейского агентства по лекарственным средствам (European Medicine Agency, EMA) было рассмотрено 28 заявок на маркетинг лекарственных средств на территории Евросоюза, 7 из них проходили исследования в российских центрах. Среди прочих в I квартале 2008 г. EMA выдало разрешение на маркетинг талидомида, в российских центрах препарат не исследовался.

Источник: redtram.ru

Отчего умирают кардиологические больные

Доктор В. Савилова провела ретроспективный анализ 201 истории болезней пациентов, поступивших в кардиологическое отделение с диагнозом острого инфаркта миокарда и умерших в различные сроки, и данные патологоанатомического исследования. Оказалось, что предикторами неблагоприятного исхода болезни был возраст старше 60 лет у мужчин и 70 лет — у женщин. Среди факторов риска у мужчин преобладали табакокурение и артериальная гипертензия, а у женщин — ожирение, сахарный диабет и артериальная гипертензия. При первичном остром инфаркте миокарда преобладало обширное поражение левого желудочка, а при повторном — инфаркт миокарда передней локализации. Главной причиной летального исхода при инфаркте миокарда у пожилых была острая левожелудочковая недостаточность в сочетании с кардиогенным шоком, что подтверждалось выраженным атеросклеротическим поражением коронарных сосудов по данным патологоанатомического исследования.

Источник:

Клиническая геронтология, 2008, № 3

В это трудно поверить, но до конца XIX века в России не существовало скорой помощи. Более того, ее не существовало нигде в мире. Хотя медицинская помощь была вообще малодоступна. Не было счастья, да несчастье помогло: 8 декабря 1881 г. произошел страшный пожар Венского театра комической оперы, погибло 479 человек, еще сотни были тяжело ранены. Вся эта ужасная картина настолько потрясла находившегося на месте происшествия профессора-хирурга Яромира Мунди, что он на следующий же день приступил к созданию Венского добровольного спасательного общества. Этим Обществом были организованы пожарная, лодочная команды и Станция скорой медицинской помощи для оказания срочной помощи пострадавшим от несчастных случаев. Вскоре профессором Ф. Эсмархом была создана станция в Берлине. Деятельность этих станций была настолько полезной, что в городах Европы стали возникать подобные станции. Венская станция играла роль методического центра.

В России первая Станция скорой помощи возникла в 1897 г. в Варшаве, затем в Лодзи, Вильно, Киеве, Одессе, Риге, чуть позднее — в Харькове, Петербурге, Москве. Кареты скорой помощи на московских улицах появились в 1898 г. В Москве существовало Дамское благотворительное общество Великой княгини Ольги. Оно попечительствовало над приемными покоями при полицейских участках, больницами и богоугодными заведениями. Среди членов правления общества была потомственная почетная гражданка, купчиха Анна Ивановна Кузнецова, содержавшая на свои средства гинекологическую лечебницу. Она откликнулась на необходимость создания карет и немедленно выделила достаточную сумму денег. При Сушевском и Сретенском полицейских участках 28 апреля 1898 г. были открыты 2 первых Станции скорой помощи. На каждой Станции было по 1-й карете. Выезжали на них врач, фельдшер и санитар. Каждая карета была оснащена укладкой с медикаментами, инструментарием и перевязочным материалом. Дежурили как штатные врачи полиции, так и сверхштатные. Радиус обслуживания ограничивался пределами своей полицейской части. Началось дежурство в 3 часа дня, заканчивалось в это же время на следующий день. Медицинскому персоналу была выделена комната. Каждый вызов фиксировался в специальном журнале. Указывались паспортные данные обслуживаемого больного, какой вид помощи ему оказывался, куда и в какое время он был доставлен. Вызовы принимались только на улицы. На квартиры выезды были запрещены. Вызывалась карета только официальными лицами (полицейскими, дворниками, ночными сторожами). В случае массовых катастроф ставился в известность старший врач полиции. В связи с малым количеством частных телефонов полицейская часть, имевшая сведения об их наличии, входила в соглашение с их владельцами на своей территории, чтобы круглосуточно можно было вызвать скорую помощь. Кареты кроме оказания помощи осуществляли перевозку тяжелых больных из квартир в больницы.

Вскоре обер-полицеймейстер города расширил территорию обслуживания этих станций, не дожидаясь открытия новых. За 2 месяца работы Сушевской и Сретенской станции было выполнено 82 вызова и 12 перевозок, на что было затрачено 64 ч 32 мин. Первое место среди обратившихся за помощью занимали лица, находившиеся в состоянии алкогольного опьянения (110 лет не сильно изменили статистику обращений). Обер-полицеймейстер обязал принимать вызовы в первую очередь к пьяным, находящимся «в бесчувствии». Остальных же, по его мнению, надлежит доставлять в приемные покои на извозчиках.

13 июня 1898 г. в Москве была 1-я катастрофа, обслуженная Скорой помощью. На Иерусалимском приезде, в доме Суровцева, упала строящаяся каменная стена. Было 9 пострадавших. Выезжали обе кареты. Всем пострадавшим была оказана первая помощь, 5 из них были госпитализированы.

Московской скорой 110 лет



Следующий год был ознаменован открытием еще 3 станций при Лефортовском, Таганском и Якиманском полицейских участках. В январе 1900 г. при Пречистенском пожарном депо была запущена 6 Станция скорой помощи, 7 стала Пресненская, вступившая в строй 15 мая 1902 г. Вся тогдашняя Москва в пределах Камер-Коллежского вала, включая Бутырские улицы, обслуживалась 7 каретами скорой помощи.

Увеличение числа станций не могло не сказаться на субсидиях, жертвующих А.И. Кузнецовой: их уже хватало с большим трудом. На содержание медицинских работников начали поступать средства из бюджета города. С 1899 г. врачи стали выезжать только на очень серьезные вызовы, а основная работа выполнялась фельдшерами, которые выезжали с санитарями. В 1900 г. обер-полицеймейстер обратился к Городской Думе с предложением взять на содержание города кареты скорой помощи. Этот вопрос предвари-

тельно обсуждался на комиссии «О пользах и нуждах общественных», и было предложено финансировать кареты из городского бюджета, а ремонт производить на средства А.И. Кузнецовой. 19 декабря 1900 г. на заседании Думы это предложение было поддержано. Дума ассигновала 2160 руб. в распоряжение Московского обер-полицеймейстера на содержание 12 лошадей

для карет скорой помощи и 375 руб. для лошадей пожарных команд. В 1902 г. после открытия Пресненской станции эта сумма была увеличена до 2957 руб. Особым событием 1903 г. стало появление в Москве первой кареты для перевозки рожениц при родильном приюте братьев Бахрушинных.

Москва продолжала расти, карет скорой помощи, которыми располагало полицейское управление, уже не хватало. С предложениями изменить статус скорой помощи, выделив ее из ведомства полиции, выступил губернский врачевный инспектор Владимир Петрович Поморцев. Аналогичные предложения звучали и из уст других видных общественных деятелей. Профессор Московского университета Петр Иванович Дьяконов (1855—1908) предложил создать добровольное общество скорой медицинской помощи с привлечением частного капитала. С большим энтузиазмом взялся он за дело создания общества, но преждевременная смерть помешала его завершить. В мае 1908 г. состоялось учредительное собрание общества, на котором был утвержден устав и избрано его правление. Общество ставило своей целью оказывать бесплатную медицинскую помощь пострадавшим от несчастных случаев на улицах, в общественных местах, на фабриках, железных дорогах и пр. Председателем правления общества был избран Сулима, секретарем — Меленевский. Последний был командирован на конгресс скорой помощи во Франкфурт-на-Майне. Кроме Франкфурта он посетил Вену, Одессу и ряд других городов, имевших станции скорой помощи. Вернувшись из командировки, Меленевский сделал доклад.

Членами общества Варнеком, Меленевским и Остроуховым была выпущена брошюра «Несчастные случаи и подача помощи потерпевшим при них. Станции скорой медицинской помощи, их задачи, устройства и деятельность». Это был первый сборник инструкций для практических врачей. Общество старалось создать в Москве службу, способную удовлетворить запросы растущего города, вывести ее из подчинения полицейскому ведомству и передать Обществу скорой медицинской помощи. Но это оказалось трудной задачей и встретило много препятствий со стороны городских властей. Отсутствие финансовых средств, а также уход с поста председателя Сулимы в связи с его переводом в Петербург сильно пошатнули деятельность Общества. Финансовое положение Общества нельзя было назвать удовлетворительным. Только в 1912 г. за счет частных пожертвований удалось сколотить необходимую сумму денег для создания станции и оборудования санитарного автомобиля. Стан-

Продолжение на стр. 9

КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ

АНАЛИЗ



ВЫШЛА В СВЕТ НОВАЯ КНИГА!

КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ

3-е издание дополненное с приложениями

Под редакцией профессора П.А. Воробьева

Издательство НЬЮДИАМЕД

2008 г.

Как правильно считать деньги, всегда ли дешевое — дешево, а дорогое — дорого, что такое соотношение затраты/эффективность, как правильно составить формуляр больницы, как рационально подобрать лекарство больному, что такое фармакоэкономика и формулярная система — ответы на эти и другие вопросы Вы найдете в книге.

Монография — размышления о качестве медицинской помощи, современном состоянии здравоохранения, рациональных путях развития здравоохранения. Впервые представлен анализ систем лекарственного обеспечения в США, странах Западной и Восточной Европы. Подробно изложена методология фармакоэкономических (клинико-экономических) исследований, моделирования, методов принятия решений. На многочисленных примерах показаны достижения российских экспертов.

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

Начало на стр. 8 ↗

ция была открыта на Долгоруковской улице, и работали на ней врачи — члены Общества и студенты медицинского факультета.

В 1912 г. доктором Б.П. Поморцевым была разработана конструкция городской кареты скорой медицинской помощи. Это был комбинированный тип экипажа как для скорой, так и для обслуживания хирургической помощи в армейских условиях в качестве подвижного лазарета. Этот труд положил начало созданию отечественного санитарного транспорта.

Первая мировая война изменила многое в судьбе развития скорой медицинской помощи. Материальные ресурсы были переориентированы на фронт. Из полицейских участков исчезли кареты А.И. Кузнецовой, Долгоруковская станция прекратила свое существование, а единственный в Москве санитарный автомобиль, принадлежавший Обществу скорой помощи, был мобилизован для перевозки раненых. В середине 1917 г., после Февральской революции, вновь поднимается вопрос о создании в Москве скорой помощи. В городском самоуправлении выступает с докладом о необходимости организовать скорую помощь в городе доктор В.П. Поморцев. Но еще целых 2 года после октябрьских событий в 1917 г. Москва оставалась без скорой помощи. Только в июле 1919 г. на заседании Коллегии врачебно-санитарного отдела Московского Совета рабочих депутатов, проходившем под председательством Н.А.Семашко, было принято постановление: «Организовать в Москве Станцию скорой медицинской помощи, куда передать кареты бывшей скорой помощи. В первую очередь организовать скорую помощь при несчастных случаях на фабриках и заводах, а затем на улицах города и в общественных местах. Для чего должен быть приглашен заведующий Станцией, коему и поручается организация Скорой медицинской помощи, для обслуживания Станции выделить 15 врачей, из коих должны быть хирурги, терапевты и хирурги-гинекологи, затем санитары и прочий персонал». 15 октября 1919 г. Московская станция скорой медицинской помощи начала работать.

1 января 1923 г. Станцию скорой медицинской помощи возглавил А.С. Пучков, который проявил себя незаурядным организатором Горэвакопункта во время эпидемии сыпного тифа в годы Гражданской войны. А.С. Пучков был поражен состоянием дел находившейся без руководства Станции: побитая санитарная автомашина, три небольшие комнатки, канцелярская книга для записи вызовов и два телефона. Скорая, как это и было намечено при ее создании, выезжала только на несчастные случаи. Внезапные заболевания, случившиеся на дому, как бы тяжелы они ни были, оставались необслуженными. Особенно плохо обстояло дело с тя-

жело заболевшими в ночные часы. Прежде всего, были слиты в единое учреждение Центропункт и Станция скорой помощи под одним названием Московская станция скорой медицинской помощи. Была создана особая система отчетности. Разрабатывались книги, бланки вызовов, листы учета работы машин, и, наконец, сопроводительный лист, возвращаемый обратно на Станцию из стационара для контроля диагнозов врачей скорой помощи. Сейчас этим пользуются все станции страны.

Под руководством А.С. Пучкова Московская Станция скорой помощи постоянно развивалась, создавала дочерние учреждения срочной медицинской помощи (неотложная помощь на дому, неотложная психиатрическая помощь), организовывала эвакопункт. В течение нескольких лет было открыто несколько подстанций, начато строительство новых. Во время Великой Отечественной войны жизнь Станции потекла по законам военного времени. В результате блестяще организованной работы она оказалась практически подготовленной к внезапно усложнившейся обстановке. Сотрудники Станции работали по 2–3 суток беспрерывно.

В начале 60-х годов на Скорой были созданы специализированные бригады по оказанию высококвалифицированной помощи при тяжелых формах инфаркта миокарда. Одновременно в ряде крупных московских клинических больниц были организованы специальные палаты, куда бригады Скорой доставляли больных, минуя приемные отделения. Это позволило решить вопрос единой тактики ведения больных и преемственности на этапе скорая-стационар. Стала широко развиваться специализированная служба, ставшая прообразом специализированных бригад, появившихся на станциях скорой помощи бывшего СССР. На Московской станции появились новые типы бригад — неврологическая и педиатрическая, функционально базированные в клиниках и научно-исследовательских институтах, нейрохирургическая и гематологическая, токсикологическая. В последующем произошло объединение Станции скорой медицинской помощи с районными пунктами неотложной помощи, общее число подстанций достигло 40.

Все время своего существования Московская скорая проходит те же сложности, что и вся страна, и медицина в частности. Но какими бы низкими не были зарплаты, какое бы изношенное не было оборудование, какими бы жуткими не были условия работы (не секрет, что нападения на врачей и фельдшеров скорой далеко не редкость) и какими нескончаемыми не были «пробки», скорая все это время доезжала к больным и оказывала помощь, как могла.

*По работам А.В. Вахромеева
подготовила А. Власова*

От редакции: Это письмо было опубликовано Новой газетой 05.06.08. Так как А.И. Воробьев, председатель редакционного совета нашей газеты, вносил в него существенные изменения, так как наша газета постоянно уделяет внимание проблемам фашизма, геноцида, террора в XX веке, мы сочли возможным повторить эту публикацию. Считаем, в свою очередь, что настала пора открывать музеи в тех местах, где сохранилась еще память о тех страшных годах. Нельзя, чтобы в Москве и Подмосковье было всего два камня — Соловецкий на Лубянке и гранитный валун на Николиной горе. Страна, народ должны помнить... А примером пусть служит нам Казахстан, где государственные музеи появились в Карлаге, Алжире, других местах массовых лагерей того страшного периода, где Президент страны открывает эти музеи.

Открытое письмо общества государству

Почти каждый год Россия отмечает горькие даты. В прошлом году исполнилось 70 лет Большому террору 1937–1938 годов. В следующем грянет еще один страшный юбилей — 80-летие кровавого 1929 года «Великого перелома».

Нет в России практически ни одной семьи, не пострадавшей от сталинских репрессий. Как свидетельствуют исторические документы, миллионы людей прошли через систему ГУЛАГа, миллионы умерли в лагерях и на спецпоселениях, около миллиона были казнены.

Мы говорим о жертвах — миллионы, считая обычным делом погрешность в сотни тысяч жизней. Это так же неестественно, как плюс-минус народ. Нам надо помнить времена бессилия личности перед властью, времена, когда насилие казалось кратчайшим и верным путем к справедливости и благополучию.

Да, есть литература, архивы, есть память, переданная нам отцами, но нет единого пространства, соединяющего боль отдельных людей в единое целое. А значит, совершенно очевидны потери этой памяти и этой боли, что происходит на наших глазах. С уходом свидетелей тех событий пропадает подлинная история, которая заменяется мифами и холодными строчками учебников. И на этих пустырях памяти оживает зловещая фигура Сталина — теперь уже в образе «эффективного менеджера».

После 1953 года сотни тысяч репрессированных вышли на свободу, и как точно сформулировала Анна Ахматова,

«встретились Россия сидевшая и Россия охранявшая». Потом был XX съезд КПСС, реабилитация невинных жертв, многие белые пятна нашей истории были ликвидированы в годы гласности и перестройки. Но значительная часть архивов недоступна и по сей день.

Нынешним и будущим поколениям нужна память и знания о репрессиях сталинского режима. Поэтому появилась идея создания общенационального Мемориально-музейного комплекса, посвященного увековечиванию памяти жертв.

Мемориал — это не только оценка прошлой эпохи. Нам очень важно понять, почему это стало возможным и как это было.

Мемориал — это память о каждом человеке. Это пространство для встреч и раздумий, для осмысления прошлого, без которого невозможно создавать будущее.

Мемориал — это поистине народная задача. Он должен помогать становлению гражданского общества, воспитанию граждан демократической России.

Ахмадулина Б.А., Битов А.Г., Бунимович Е.А., Вознесенский А.А., Воробьев А.И., Герман А.А., Герман А.Ю., Гинзбург В.Л., Горба-



А.И. Воробьев и Е.А. Евтушенко на открытии памятника жертвам сталинских репрессий — жителей Николиной Горы. 1995 год.

чев М.С., Гранин Д.А., Даниэль А.Ю., Евтушенко Е.А., Зимин Д.Б., Искандер Ф.А., Лебедев А.Е., Мессерер Б.А., Нетто Л.А., Рогинский А.Б., Рыжков В.А., Рыжов Ю.А., Серебренников К.С., Смирнов А.С., Соломин Ю.М., Стругацкий Б.Н., Тодоровский П.Е., Улицкая Л.Е., Шевчук Ю.Ю.

ИнтерНьюс

Курильщики, пожалейте детей!

В исследовании Университета Гонконга и Департамента здравоохранения Гонконга вошли данные о 7402 детях, рожденных в апреле—мае 1997 г. и наблюдавшихся до 8-летнего возраста. Оказалось, что наиболее вредно пассивное курение в 1-ые месяцы жизни, особенно для детей с низким весом при рождении и недоношенных. Наибольшему риску оказались подвержены дети, в 1-е месяцы жизни часто находившиеся в радиусе 3 метров от курящих, 1/3 из них потребовалась госпитализация по поводу инфекционного заболевания в возрасте до 1 года. Воздействие табачного дыма в первые 6 месяцев жизни увеличивало риск госпитализации по указанному поводу в течение 8 лет на 45%. У детей, рожденных с низкой массой тела, этот риск увеличился на 75%, а у недоношенных — на 100%. По мнению исследователей, такая ситуация связана с нарушениями в работе иммунной и дыхательной систем детей под действием табачного дыма.

Источник: MedPortal

Как рационально использовать деньги в ДЛО

Доктором Е. Елисейевой проанализировано значение службы клинической фармакологии в оптимизации использования финансовых средств по программе дополнительного лекарственного обеспечения. Авторами была проведена экспертная оценка качества лекарственной помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях г. Владивостока по программе дополнительного лекарственного обеспечения льготных категорий граждан. Показано, что проведение внутреннего аудита службой клинической фармакологии позволяет оптимизировать структуру назначений, снизить среднюю стоимость рецепта и уменьшить общее количество используемых лекарственных средств.

Источник:

Проблемы стандартизации в здравоохранении, 2008, № 3

Беременные, не пейте воду из под крана!

Группа исследователей под руководством Ю. Яаккола из университета британского Бирмингема проанализировала данные о 400 тысячах младенцах, родившихся на Тайване. Ученые рассчитывали выяснить, как связаны 11 наиболее распространенных врожденных дефектов с высоким, средним или низким содержанием химических веществ, появляющихся при хлорировании в питьевой воде. При хлорировании в воде появляются побочные продукты, которые увеличивают риск врожденных дефектов, большую часть которых составляют так называемые тригалометаны, в частности, хлороформ, дихлорбромметан, дибромхлорметан и бромформ. Они образуются при взаимодействии соединений хлора с органическими веществами. В настоящее время предельно допустимые концентрации для веществ, являющихся побочными продуктами хлорирования, установлены в различных развитых странах в пределах от 0,06 до 0,2 миллиграмма на литр. Высокий уровень побочных продуктов хлорирования значительно увеличивает риск появления 3 врожденных пороков — дефекта межжелудочковой перегородки сердца, «волчьей пасти» и анемцефалии. При концентрации тригалометана на уровне более 20 микрограммов на литр риск появления этих врожденных пороков увеличивается от 50 до 100% по сравнению с уровнем ниже 5 микрограммов на литр. «Биологические механизмы, которые приводят к появлению врожденных пороков при высоком уровне побочных продуктов хлорирования, пока остаются неизвестными. Однако наше исследование не только дает дополнительные свидетельства, что хлорирование может приводить к врожденным дефектам, но также показывает, что присутствие его побочных продуктов может быть связано с некоторыми конкретными пороками», — говорит Яаккола.

Источник:

РИА НОВОСТИ

ИнтерНьюс

Ваш клон без вашего ведома — этично

Министерство здравоохранения Великобритании предложило разрешить лабораториям использовать имеющиеся на хранении ткани человека для создания клонированных эмбриональных стволовых клеток без формального разрешения донора, что позволит использовать ткани, пожертвованные на цели науки еще 30 лет назад. Многие лаборатории располагают «банками» тканей — «библиотеками ДНК», которые могут сыграть важнейшую роль в поиске способов лечения таких тяжелых заболеваний, как диабет и болезни двигательных нейронов. Министры внесли поправку к Закону об оплодотворении и эмбриологии человека, который сейчас рассматривается британским парламентом. Согласно этой поправке, будет разрешено использовать клетки и ткани из хранилищ без официального согласия доноров. До последнего времени английские министерства настаивали на том, чтобы ученые связывались с донорами тканей и брали у них официальное разрешение на использование ДНК для создания клонированных эмбриональных стволовых клеток. Ученые, в том числе 3 Нобелевских лауреата, говорят, что иногда получить такое разрешение невозможно, так как доноры давно умерли, либо пожертвовали ткани анонимно, либо их местонахождение неизвестно.

Источник:
InoPressa

Прогулки вместе с капельницей, монитором и кислородной маской

Студенты из американского университета Джона Хопкинса сконструировали и собрали устройство, которое позволяет тяжелобольным, находящимся в реанимационном отделении или отделении интенсивной терапии, покидать свои кровати и гулять, оставаясь при этом присоединенными к необходимым для поддержания жизни аппаратам. Это изобретение поможет избежать типичных осложнений, связанных с продолжительным пребыванием без движения в кровати, в частности, пролежней, значительного ослабления мускульной системы, депрессий. Поскольку такие пациенты должны оставаться присоединенными к разнообразным приборам, в частности, к аппаратам искусственного дыхания, сердечным мониторам, простая прогулка по коридору ранее требовала помощи 4 человек. Устройство, получившее название ICU MOVER Aid, призвано помочь пациентам передвигаться без посторонней помощи, а также ускорить их реабилитацию. Оно состоит из 2 компонентов — усовершенствованного средства передвижения для людей, страдающих заболеваниями опорно-двигательного аппарата, сочетающего реабилитирующие функции с высокой безопасностью инвалидной коляски, а также специальной колесной башни, на которой размещается необходимое для пациента оборудование. При этом сзади размещено сиденье, на котором больной сможет отдохнуть.

Источник:
РИА Новости

Опять лицо пересадили

Хирурги из Национального института проблем онкологии (Египет) пересадили лицо 5-летней египетской девочке, страдающей раком кожи. Впервые в мировой практике в качестве донора была использован трансплантант, предоставленный живым человеком — матерью юной пациентки. Первая в истории успешная операция по пересадке лица была проведена во Франции в 2005 г. Тогда новую внешность обрела женщина, лицо которой было изуродовано укусами собаки. В 2006 г. в Китае лицо было пересажено охотнику, который подвергся нападению медведя.

Источник:
Весту.Ru

Лев Александрович Зильбер (Л.А.) родился в Новгородской губернии 15(28) марта 1894 г. Отец — Абель Абрамович Зильбер был талантливым военным музыкантом. В 1889 г. А. Зильбер женился на Анне Григорьевне Дессон, закончившей Московскую консерваторию по классу фортепьяно. По завершении военной службы отец перебрался с семьей в Псков, где у них появился последний, 6 ребенок, Вениамин, будущий знаменитый писатель В. Каверин. Лев в 1902 г. сдал вступительные экзамены и решением педагогического совета Псковской мужской губернской гимназии был зачислен кандидатом в подготовительный класс. В августе педсовет отказал Льву в



Л.А. Зильбер со своим младшим братом писателем В.А. Кавериним (справа) и близким другом писателем Ю.Н. Тыняновым (слева). На даче под Лугой, 1940 г.

приеме «за недостатком вакансий» по национальной квоте. Спустя год 9-тилетний Лев решением педсовета попал в эту квоту, начал учиться и оказался в десятке лучших учеников. В аттестате зрелости у Льва выставлены все пятерки, кроме четверок по латинскому и немецкому языкам. В 1912 г. Лев подал прошение о приеме в Петербургский университет на естественное отделение физико-математического факультета. «В Петербурге сначала жилось трудно. В семье существовало твердое правило — не принимать никакой помощи от родителей после окончания гимназии. Матери разрешалось присылать табак и гильзы (это было дешевле, чем покупать готовые папиросы), иногда дарить ботинки, белье. Бывали дни, когда обедать было не на что. На 2-й год пребывания в университете я... получил стипендию около 200 рублей в год. Я начал работать в гистологической лаборатории профессора А.С. Догеля. Состав профессуры... был блестящий. За небольшими исключениями это были крупные ученые с европейскими именами... Мне выпало счастье учиться химии у Чугаева, биологии у Шимкевича, физиологии у Введенского, геологии у Иностранцева».

Несмотря на очень насыщенную жизнь в Петербурге, в 1913 г. Л.А. подает прошение о переводе в Юрьевский (Тартуский) и Киевский университеты на медицинский факультет. Медицинского факультета в Петербургском университете не было. В обоих случаях он получил отказ из-за «отсутствия еврейской вакансии». Весной 1915 г. Л.А. сдал экзамены за все 4 курса физико-математического факультета — за 3 года обучения это было неплохо. Перевод на медицинский факультет могло разрешить только Министерство народного просвещения, и после очередного ходатайства Лев получил разрешение перевестись на медицинский факультет Томского университета. Однако денег на билет до Томска не хватало, а занять оказалось не у кого, и решил ехать до Москвы, надеясь подработать там денег на билет до Томска. Получилось, что он был переведен на 2-й курс медицинского факультета Московского университета.

Профессорский состав не был столь блестящим, из клиницистов выделялся профессор Д.Д. Плетнев. Лев стал усиленно работать в клиниках. Министр Игнатьев удовлетворил прошение Зильбера об окончании по отделению, где он учился в Петрограде. Гос. экзамены по физико-математическому факультету Лев сдал в 1917 г. Друг Льва — Захаров был горячим сторонником профилактического направления в медицине и мечтал стать санитарным врачом. Он убедил Льва и многих других в том, что именно этот вид врачебной деятельности может принести максимальную пользу людям. Они с восторгом приняли декларацию о том, что советская медицина станет медициной профилактической. Кац, Куркин, Левицкий — видные санитарные врачи того времени — стали их наставниками и по окончании университета студентов распределили помощниками санитарных врачей. Они были первым выпуском русских врачей, которые не давали врачебной присяги. В 1919 г. эпидемия сыпного тифа разлилась по всей стране,

больницы были переполнены, врачей не хватало, и районный здравотдел направил молодого врача в больницу Звенигорода, а через 2 недели Лев ушел добровольцем на фронт.

Зильберу предложили поехать за тяжело заболевшим командующим Фронтом тов. Белобородовым. Ему сказали, что это тот самый Белобородов, который расстрелял последнего царя Николая Второго и его семью. Как-то командующий разоткровенничался: «Трудное дело было, доктор. Били из револьверов. Стреляем в девчонок чуть не в упор. Кричат, виз-

Пионеров сначала не понимают, а потом забывают...

жат, а не падают. Волосы стали шевелиться. Не часто царские семьи расстреливают. Стали бить в головы. Все кончилось. Оказалось, под лифчиками полно бриллиантовых вещей. Револьверная пуля не брала».

Зильбер внедрил в Красной Армии «санитарную разведку». Потери войсковых частей во время марша стали совершенно ничтожными. Все проходящие части обслуживались по всей этапной линии банно-прачечными отрядами и были защищены от контакта с большими сыпным тифом. С юга продвигалась на север эпидемия холеры и стала угрожать Москве. Зильберу, имевшему опыт бактериолога и эпидемиолога, была поручена организация и заведывание холерной лабораторией в Коломне. В начале 20-ых его отправляют на вспышку брюшного тифа в Дзержинск. Лев затребовал 2 секретные карты — недавно построенного городского водопровода и канализации и встречаемости заболевания «брюшняка». После анализа ситуации возникла «рабочая гипотеза»: а что, если при ремонте канализацию соединили с водопроводом? Он потребовал вскрыть подземные коммуникации, соединяющие больницу с канализацией и водопроводом города. Когда раскопали, то, к великому изумлению коммунального начальства, выяснилось, что канализационная труба, идущая от больницы, была врезана не в канализацию, а в водопроводную сеть города. Сообщений в печати об этой истории, разумеется, не было.

Врачебно-административная карьера, столь успешно начатая, Зильбера не привлекала, он перенес сыпной тиф и, предоставив все свои документы, умолил демобилизовать его и перевести его в Ростов в лабораторию санчасти фронта на скромную должность лаборанта. Он занялся бактериологическими анализами, с коллегами изобретали много приспособлений, позволявших автоматизировать мытье лабораторной посуды, посева и проч. Освободилось время для научной работы.

Лаборатория помещалась в сыпнотифозном госпитале. Никакого специфического лечения тогда не существовало. Возбудитель сыпного тифа не был тогда открыт, было известно, что он содержится в крови, и вошь, насосавшаяся этой кровью, переносит заболевание от больного к здоровому. Если взять сыворотку крови, убить нагреванием находящегося в ней возбудителя и вводить ее под кожу больному — быть может, введение этого материала, подобного вакцине, сможет повысить защитные силы организма. Больные переносили введение «вакцины» хорошо, накопленные наблюдения за течением заболевания у получавших «вакцину» и контрольных больных легли в основу публикации в «Эпидемиологическом сборнике» (1921 г., Ростов-на-Дону), которая стала первой печатной работой Зильбера. В конце 1921 г. он вернулся в Москву и получил место сотрудника Микробиологического института, организованного годом раньше.

Период 1921—29 гг. был исключительно важен в научной жизни Зильбера. Он начал работать в научно-исследовательском институте, где ведущими научными дисциплинами были микробиология и иммунология. В монографии «Параиммунитет» (1928 г.) Л.А. Зильбер обобщает проблему изменчивости свойств микробов протейной группы. В книге есть посвящение: — Юрию Николаевичу Тынянову, автору «Кюхли», в память нашей молодости посвящаю. Спустя 5 лет после первой публикации Зильбера и через год после его второй публикации и доклада в Вене появилась работа Ф. Гриффита, в которой он представил экспериментальные доказательства превращения одного типа пневмококка в другой. В 1944 г. Эвери, МакЛеод и МакКарти, опираясь на данные Гриффита, доказали, что это превращение можно вызвать с помощью ДНК. Эти опыты, за которые авторы получили Нобелевскую премию, доказали, что ДНК-молекула, которая отвечает за наследственно передаваемые свойства организма. Генетика впервые получила химическую основу элементарной единицы наследственности — гена.

В 1930 г. Л.А. Зильбер, по рекомендации Н.Ф. Гамалеи, возглавил в Баку Институт микробиологии и кафедру микро-

Продолжение на стр. 11 ⇨



Уважаемые господа!

Со второго полугодия 2008 года Издательство НЬЮДИАМЕД начинает выпуск нового журнала КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ И ФАРМАКОЭКОНОМИКА

Миссия журнала — объединение усилий клинических фармакологов, специалистов по фармакоэкономике, медицине доказательств и фармакоэпидемиологии для развития системы рационального лекарственного обеспечения в России и дружественных странах, что реализует принципы справедливости и общедоступности медицинской помощи.

Целью создания журнала является обеспечения качества медицинской помощи с использованием формуляров и стандартов на основе современных достижений клинической фармакологии. Журнал является печатным органом МОО «Общество фармакоэкономических исследований» (МОООФИ — RSPOR), Евразийского альянса обществ фармакоэкономических исследований (EVRASPOR), ассоциации клинических фармакологов Санкт-Петербурга, Форумного комитета РАМН.

Основные проблемы и темы журнала: фармакокинетика и фармакодинамика, фармакогенетика, фармакоэкономика и клиничко-экономический анализ, фармакоэпидемиология, формулярная система — руководства, перечни, стандартизация и управление качеством лекарственной терапии, медицина доказательств, редкоприменяемые лекарства, негативные перечни лекарств, жизненная важность лекарственных средств, диагностические лекарственные средства, регистрация лекарственных средств, клинические испытания, этика и лекарства, ценообразование и референтные цены, экономика фармации, юридические проблемы фармакотерапии, БАД, безрецептурные препараты и ответственное самолечение, фармакогеронтология, педиатрическая и акушерская фармакология, безопасность лекарственных средств.

Подписаться на наш журнал вы можете:

1. Через агентство РОСПЕЧАТЬ, каталог «ГАЗЕТЫ И ЖУРНАЛЫ» Индекс журнала — 70182.
2. Через редакцию журнала, заполнив бланк-заказ и оплатив указанную сумму (журнал высылается по Вашему адресу в конверте).

Начало на стр. 10 ↗

биологии мед. института. Вскоре после приезда ему пришлось срочно выехать в Нагорный Карабах, где были зафиксированы случаи чумы. За 3 недели до вызова эпидемией были охвачены уже 5 сел, в Гадрутской больнице, выполняя свой профессиональный долг, погибли почти все сотрудники.

Чума к тому времени была хорошо изучена. Были известны и свойства возбудителя, и пути его распространения. Последняя крупная вспышка легочной чумы была в Манчжурии в 1910 г., когда погибло 55 тыс. человек. Прежде всего, необходимо было выявить всех больных. Это можно было сделать только поголовным осмотром всех жителей, так как больных скрывали. Все эти мероприятия были проведены очень быстро и организованно, но эпидемическая ситуация изменилась мало. У «органов» возникло предположение, что здесь действуют диверсанты, вскрывающие могилы, вырывающие у трупов органы и распространяющие заразу. Несмотря на всю абсурдность, Зильбер провел эксгумацию и действительно обнаружил у трети трупов отрезанные головы и отсутствие сердца и печени. При случайном разговоре выяснилось, что существует поверье: если умирают члены одной семьи, это значит, что первый умерший жив и тянет всех к себе в могилу. Как узнать? — Привести на могилу коня и дать ему овса: если станет есть, то в могиле живой и его надо убить. Голову отрезать, сердце взять, печеньку, нарезать кусочками и дать съесть всем членам семьи. Раскрыв заговор, с эпидемией справились. Вспышка чумы в Нагорном Карабахе была засекречена, о ней нигде не упоминалось. Молчание закончилось лишь в декабре 1966 г., когда появилась посмертная публикация отрывка из его воспоминаний.

Через несколько дней после окончания противочумных мероприятий последовал первый арест Л.А. Зильбера: 3 месяца в заключении в качестве «награды» за самопожертвование, спасение сотен человеческих жизней. В 1931 г. ему удалось выйти на свободу. Тогда это было еще возможно — система давала сбой.

Вернувшись из Баку, Зильбер возглавил кафедру микробиологии Центрального института усовершенствования врачей. В течение двух лет (1931—1932) он заведовал микробиологическим отделом Центрального государственного научного контрольного института вакцин и сывороток, после чего перешел в Московский бактериологический институт им. И.И. Мечникова в качестве заместителя директора.

В начале 30-х годов вакцинное дело базировалось на «целых» («убитых») вакцинах, безопасных, но обладавших низкой иммуногенностью. Опыт Зильбера на Южном фронте уже показал низкую эффективность такой вакцины против сыпного тифа. Л.А. Зильбер приходит к мысли о возможности избежать потери иммунизирующих (вакцинирующих) свойств белка, влияя на его денатурацию при нагревании, что позволило Зильберу перейти от фундаментальных знаний к их практическому применению при создании сахарозных, так называемых антиденатурирующих вакцин. Предложенный принцип создания вакцин был необычайно прост: микробов убивают нагреванием в присутствии сахаразы, которая увеличивает термостойкость микробов и сохраняет иммуногенные свойства микробных белков. Удалось получить вакцины против паратифа, туляремии, чумы. К 1936 г. было привито около 20 тыс. человек, главным образом против брюшного тифа.

В 1936 г. Зильбер возглавил организованную центральную вирусную лабораторию на базе Института ин-

фекционных болезней им. И.И. Мечникова. Среди сотрудников была и В.П. Киселева, которая, окончив истфак МГУ, была специалистом по не «модной теме» — древнерусской иконе. В 1935 г. Валерия Петровна стала женой Зильбера.

С начала 30-х годов врачи, работавшие в Уссурийском крае, сообщали о тяжелой болезни с высокой температурой, картиной воспаления мозга, параличами, считая ее «токсическим гриппом». Смертность от этой болезни достигала 40%, а выжившие часто оставались тяжелыми инвалидами. Шло активное освоение Дальнего Востока, строились дороги, вырубался лес. В тайге стояли воинские части, армия, расквартированная в тайге, несла от неизвестной болезни большие потери. Военные были тревогу. В 1935 г. врач А.Г. Панов, работавший на Дальнем Востоке, установил, что неизвестная болезнь — это энцефалит. Профессор Зильбер получил от военных поручение: разобраться с профилактикой энцефалита. Полная неизвестность о природе опасной нейроинфекции, путях передачи заболевания. Экспедиция выехала из Москвы в мае 37 г., взяв с собой 5000 мышей, термостаты, сушильные шкафы, лабораторную посуду. В небольшой больничке леспромхоза подняли истории болезней за последние 3 года. Оказалось, что энцефалитом болеют преимущественно весной и только работающие в тайге, не имеющие контакта между собой. При расспросе больной энцефалитом Зильбер акцентировал внимание на единственном факте, с которым можно было связать ее заболевание: «обнаружила у себя впившихся клещей». Идея переноса заболевания клещами появилась 19 мая — через 2 дня (!) после начала непосредственной работы в очаге заболевания. «Я взял на себя ответственность, — пишет Зильбер, — предложить на специально созданном 10 июня совещании местных органов здравоохранения в корне изменить все мероприятия по борьбе с этими заболеваниями, сосредоточив основное внимание на противоклещевой профилактике». Ряд врачей, в том числе и сотрудников экспедиции, ушли в тайгу к партиям, чтобы проинструктировать их об опасности укуса клещей. В этих партиях в 37 г. заболел только 1 человек, хотя в предыдущие годы болели массово.

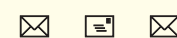


«К 15 августа работа экспедиции на месте была закончена. В течение 3 месяцев нами было установлено существование новой, неизвестной ранее формы энцефалита, выделено 29 штаммов ее возбудителя, установлена эпидемиология заболевания и ее переносчик, в основном изучены клиника, патологическая анатомия и гистология заболевания». Открытие естественных хранилищ вируса энцефалита могло сыграть такую же роль для борьбы с этой болезнью, какую сыграло открытие естественной зараженности тарбаганов и сусликов в случае чумы.

Вскоре по возвращении в Москву, сразу после открытия мирового значения, Зильбера и его коллег арестовали. Были использованы доносы его коллег, вымученные показания арестованных ранее людей. Арест Зильбера и его сотрудников нанес ущерб вирусологии в целом: у власти укрепилось недоверие к специалистам этой области медицины, что неизбежно привело к жесткому и непрофессиональному контролю со стороны «компетентных органов». Созданные Зильбером Центральная вирусная лаборатория и отдел фильтрующихся вирусов были фактически ликвидированы. С момента ареста началась фальсификация истории открытия вируса и переносчика клещевого энцефалита, продолжавшаяся много лет, а ее отголоски время от времени дают о себе знать и до сих пор.

Продолжение в следующем номере

ПИСЬМА



Уважаемая редакция Вестника МГНОТ «Московский доктор», большое спасибо Вам за дополнительные (самые лучшие и ценные, с моей точки зрения) номера, которые я недавно получила. Мы с коллегами каждый номер Вашей газеты внимательно читаем и обсуждаем. Практически всегда это обсуждение переходит в очень живую дискуссию. А как иначе? Ведь только в Вашей газете поднимаются такие животрепещущие темы, как «клятва Гиппократу», врачебная мзда, эффективность и рациональная стоимость лекарственной терапии по различным нозологиям, взгляд на проблемы оказания медицинской помощи и лекарственным обеспечением в других странах, необходимость введения новых терминов (например, ОКС с точки зрения А.И. Воробьева — интересное мнение).

Ваши экскурсии в историю просто бесценны. Это говорит о Вашей активной и честной гражданской позиции. Читая статью-очерк «Блюма по-еврейски значит цветок», по-другому смотришь на историю нашей многострадальной страны. После этой статьи в советском энциклопедическом словаре я действительно ни строчки не нашла о Катюши, где были расстреляны тысячи офицеров полейков. Тема лагерей и репрессий очень близка мне и моим коллегам, потому что мы проживаем рядом с этими местами (Магадан, Сахалин, Колыма, Комсомольск-на-Амуре). Очень хорошо все это описывается в рассказах моего любимого писателя Варлама Шаламова: «Аневризма аорты», «Лепрозорий».

Спасибо Вам большое за статьи, посвященные таким выдающимся деятелям медицины, науки, литературы, как Гиппократу, Альфреду Нобелю, Баркагану, Чехову.

Статьи формулярного комитета поражают меня своей прозорливостью, нестандартным мышлением, способностью просчитать ситуацию на несколько шагов вперед.

Я скромно пытаюсь заниматься научно-исследовательской работой (громко звучит для меня). В апрельском номере этого года журнала «Кардиоваскулярная терапия и профилактика» вышла моя статья «Мифы и реальность терапии статинами», где я делюсь собственным опытом применения препарата «Крестор». Готовлю статью-обзор о месте b-адреноректоров в современной терапии сердечно-сосудистых заболеваний.

Каждый номер Вашей прекрасной газеты я и мои коллеги ждем с нетерпением. Удачи Вам, здоровья, успехов, прекрасного весеннего и летнего настроения!

Ждем Вас в г. Хабаровске. Приезжайте обязательно в гости. У нас каждый год осенью в институте повышения квалификации специалистов здравоохранения, возглавляемого профессором С.Ш. Сулеймановым (Вы его хорошо знаете), проходит конгресс «Доказательная медицина». Будет очень здорово, если члены редакционной коллегии станут участниками нашего конгресса и выступят с новой и интересной информацией для думающих докторов!

12.05.2008.

С уважением,
кардиолог Малай Людмила Николаевна
из г. Хабаровска.

ИнтерНьюс

Беби-миграция, бесплатно

Из республик бывшего СССР едут в основном к нам за высшим образованием, оплачиваемой работой и относительно дешевым медицинским обслуживанием. Дешевым, а то и бесплатным: любая неотложная помощь у нас бесплатна, роды тоже, даже если нет ни полисов, ни сертификатов. Вот и едут мамы из Казахстана и других республик в тот же Омск, где из года в год фиксируются рекорды по роженицам без российского гражданства: в 2007 их было 127, а за 4 месяца 2008 — уже более полсотни. Простой сбор анамнеза превращается для врачей в исследовательские изыскания: чем пациентка болела в прошлом, какие прививки ей ставили, как протекала беременность — узнать сложно.

Жены легальных и нелегальных мигрантов, уличные торговки, а также те, кто специально приехал в Россию, чтобы бесплатно получить квалифицированную медицинскую помощь, за этих женщин роддома не получают ни копейки. Большинство из них не проходили никаких предварительных обследований, в том числе на ВИЧ и сифилис, они потенциально опасны и для персонала, и для соседок по палате.

За появление ребенка на свет при наличии у мамы родового сертификата роддом получает 6 тыс. руб. Это если роды прошли легко. Средства, получаемые по родовым сертификатам, — это и медикаменты, и новое оборудование, и зарплата медперсонала. А у приезжих сертификатов нет и по большей части осложнения. Значит, дополнительные обследования, лечение, койко-места. Роддома вынуждены укладываться в те средства, которые поступают за роды по сертификатам.

Медики просят установить правила игры: кто будет платить за внесертификатных мамаш. Можно выдавать сертификаты всем, невзирая на гражданство, если они легально приехали в страну и пусть у роддома вообще голова не болит ни о чем. Ведь в конечном счете сертификатные деньги получает отечественная медицина.

Источник: Журнал «Огонек»

ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ: НЕОТЛОЖНАЯ ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА

Б.П. Богомолов
ИЗДАТЕЛЬСТВО НЬЮДИАМЕД
2007 г.

В отличие от предшествующих изданий по инфекционным болезням (ИБ), читателю предлагается книга с оригинальным построением. В общей части книги (первых двух главах) рассматриваются клинические проявления ИБ, отличающие их от других заболеваний, методология и методы диагностики. Во второй, специальной, части каждая группа ИБ (инфекции дыхательных путей, кишечные инфекции, кровяные инфекции, инфекции наружных покровов, антропозоонозы) завершается главами, посвященными клинической дифференциальной диагностике, охватывающей широкий круг болезней, в том числе клинически сходных неинфекционных заболеваний.

В основу клинической диагностики ИБ положены ведущие симптомы и синдромы: лихорадка, сыпи, лимфаденопатия, бронхолегочные поражения, боль со стороны органов брюшной полости, диарея, геморрагические проявления, поражения печени, почек, опорно-двигательного аппарата и др. Проведен анализ результатов исследований гемограммы при различных ИБ, объединенных общим механизмом заражения, изложены основные методы лабораторной диагностики. В сжатом виде представлены неотложные первичные меры, ограничивающие распространение ИБ.

Книга завершается главой, посвященной принципам лечения инфекционных больных, уходу, питанию, реабилитации. Рекомендуется семейным врачам, инфекционистам, терапевтам, врачам скорой помощи, профильных специальностей, клиническим ординаторам и аспирантам клинических кафедр.

Заявки на приобретение можно направлять по адресу:
115446, Москва, Коломенский пр., д. 4, а/я 2, МТП Ньюдиамед
 Тел/факс (499) 782-31-09 E-mail: mtpndm@dol.ru
 Подробности на сайтах www.zdrav.net и www.zdravkniga.net

ИНФОРМАЦИОННОЕ ПИСЬМО

Уважаемые коллеги!

Курс стандартизации в здравоохранении при кафедре геронтологии и гериатрии ФППОВ Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова регулярно проводит **циклы тематического усовершенствования**, предназначенные для врачей всех лечебных специальностей, специалистов в области общественного здоровья и организации здравоохранения по следующим направлениям:

- Стандартизация в управлении качеством медицинской помощи (29.09—24.10.2008; 27.11—24.12.2008).
- Медицина доказательств и клиничко-экономический анализ в управлении качеством в здравоохранении (27.10—24.11.2008).

Основные вопросы, рассматриваемые на курсе:

- Система обеспечения качества в здравоохранении.
- Система стандартизации в РФ, законодательство РФ по стандартизации.
- Протоколы ведения больных.
- Стандартизация в сфере лекарственного обращения.
- Клиничко-экономический (фармакоэкономический) анализ медицинских технологий, медицина доказательств, основы формулярной.

Цикл является бюджетным для организаций (учреждений), относящихся к системе Минздрава РФ, лично участниками курса оплачивается только проезд и проживание в гостинице. Для организаций (учреждений), не относящихся к системе Минздрава РФ или имеющих негосударственную форму собственности, цикл оформляется на договорной основе. По окончании цикла выдается свидетельство установленного образца.

Заявки на обучение принимаются по тел./факс 609-13-57, e-mail: standartmed@list.ru не менее чем за 2 недели до начала цикла

ПРОГРАММА ЗАСЕДАНИЙ СЕКЦИЙ МГНОТ в 2008 году

Совместные заседания Кардиологической и Ангиологической секций в 2008 году

Дата	Тема
28 февраля	Мешают ли стандарты нестандартному мышлению врача?
20 марта	ИБС: таблетки или «скальпель»?
24 апреля	Полинейропатия: многообразие причин
22 мая	Артериальная гипертония. Российские рекомендации. Что нового?
18 сентября	Как избежать инсульта
16 октября	Клинический разбор
6 ноября	Острый коронарный синдром. Не упустить время!
20 ноября	Аневризмы различных локализаций. Ранний скрининг или внезапная смерть?
18 декабря	Сахарный диабет — междисциплинарная проблема.

Совместные заседания Пульмонологической секции и секции «Человек и инфекция» в 2008 году

Дата	Тема
19 февраля	Современные схемы антибактериальной терапии. Трудности и ошибки.
4 марта	«Желудочно-легочная болезнь»
8 апреля	Туберкулез
30 сентября	Герпетические инфекции
28 октября	Бронхиальная астма. Рано успокаиваться
2 декабря	Инфекции верхних и нижних отделов дыхательного тракта. Антибиотики: pro и contra

Заседания проводятся по адресу:

Москва, Ленинский проспект, дом 32-А,

здание Президиума Российской академии наук, центральный вход, 3-й этаж, синий зал заседаний.

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

Начало заседаний в 17 часов.

Вход по приглашениям.

Приглашения публикуются в «Вестнике МГНОТ»



Боль гложет?
Катадолон
поможет!

Анальгетик класса SNPCO с уникальным сочетанием свойств

- ✗ Обезболивание
- ✗ Нормализация повышенного мышечного тонуса
- ✗ Нейропротекция

PLIVA

Компания в составе Бигг Групп

ФЛУПИРТИН
Катадолон

www.katadolon.paininfo.ru

ООО «ПЛИВА РУС»
117418 Москва, ул. Новотреховская, д.61
тел.: (495) 775 38 40, факс: (495) 775 38 41

Медицинские книги издательства «НЬЮДИМЕД»

Протокол ведения больных. БОЛЕЗНЬ ПАРКИНСОНА
2006 г., 184 стр., м.о.

Под ред. Новодзоровой В.Ф., Воробьева П.А.
ТОЛКОВЫЙ АНГЛО-РУССКИЙ СЛОВАРЬ терминов, используемых в геронтологии и иммунологии
2006 г., 154 с., м.о.

П.А. Воробьев
ЛИХОРАДКА БЕЗ ДИАГНОЗА
2008 г., 80 стр., м.о.

Под ред. Воробьева П.А.
СПРАВОЧНИК ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ФОРМУЛЯРНОГО КОМИТЕТА
3 издание 2007 г., 668 с., тв. п.

Под ред. Воробьева П.А.
СПРАВОЧНИК ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ФОРМУЛЯРНОГО КОМИТЕТА
3 издание 2007 г., CD

Андреев Ю.И.
МНОГОКРАТНАЯ ГЕМОФИЛИЯ
2006 г., 232 с., тв. п.

Под ред. Воробьева А.И.
ОБЗЕРЖЕ ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ ТРАНСФУЗИОЛОГИИ
2006 г., 632 с., тв. п.

Горюхова С.Г.
СУТОЧНОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ. ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ
2006 г., 51 с., м.о.

Гогин Е.Е., Гогин Г.Е.
ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ И АССОЦИИРОВАННЫЕ БОЛЕЗНИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ: основы патогенеза, диагностики и выбор лечения
2006 г., 254 с., тв.п.

Под ред. Воробьева П.А.
ГЕРИАТРИЯ В ЛЕКЦИЯХ
том 1, 2002 г., 440 с., тв.п.
том 2, 2005 г., 470 с., тв. п.

ПРОТОКОЛ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ «ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ»
2005 г., 76 с., м. о.

Под ред. А.И. Воробьева
РУКОВОДСТВО ПО ГЕМАТОЛОГИИ
4-е изд., 1-3 тт (с приложениями)
2007 г., 1275 с. с илл., тв. п.

Под ред. П.А. Воробьева
КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ (ОЦЕНКА, ВЫБОР МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ И УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ)
2008 г., 792 стр., тв.п.

СТАНДАРТИЗАЦИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ Архив журнала «Проблемы стандартизации в здравоохранении» 1999-2005 гг.
2007 г., 430 с., тв. п.

Под ред. П.А. Воробьева
СБОРНИК ПРАВОВЫХ И НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ ТРАНСФУЗИОЛОГИИ
2004 г., 540 с., тв. п.

В.В. Цурко
ОСТЕОАРТРОЗ: ПРОБЛЕМА ГЕРИАТРИИ
2004 г., 136 с., тв. п.

СТАНДАРТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
2004-2006 г. CD.

НОМЕНКЛАТУРА РАБОТ И УСЛУГ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ
2004 г. CD.

ПРОТОКОЛ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ. ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИХ И НИХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ
2004 г., 64 с., м. о.

П.А. Бубнова-Рыбникова
ГЛАВЫ ИЗ СЕМЕЙНОГО РОМАНА
2003 г., 228 с., тв. п.

СБОРНИК ДОКУМЕНТОВ СИСТЕМЫ СТАНДАРТИЗАЦИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ
2003 г., CD.

П.А. Воробьев
АНЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ
2001 г., 168 с., тв. п.

Под ред. П.А. Воробьева
ЛАБОРАТОРНАЯ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА. СПУТНИК ИНТЕРНИСТА
2001 г., 288 с., тв. п., м.о.

Б.В. Петровский
ГЕРОНИМ, ДРАМАТИЗМ И ОПТИМИЗМ МЕДИЦИНЫ
2001 г., 200 с., тв. п.

Под ред. А.И. Воробьева, А.М.Кременевой
АТЛАС. ОБУХОДИ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ
2007 г., 294 с. с илл., тв. п.

Под ред. Л.М. Горюховского
ВЫБРАННЫЕ ГЛАВЫ ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ УРОЛОГИИ
2000 г., 362 с., тв. п.

Б.П. Богомыслов
ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ: НЕОТЛОЖНАЯ ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА
2007 г., 653 с., тв. п.

А.И. Воробьев, П.А. Воробьев
ДО И ПОСЛЕ ЧЕРНОБЫЛЯ. ВЗГЛЯД ВРАЧА
1996 г., 180 с., м.о.

Вестник МГНОТ (бесплатное приложение для врачей к журналу «Клиническая геронтология»). Тираж 7000 экз.

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

РЕДАКЦИЯ: Главный редактор П.А. Воробьев

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

Редакционный совет: Воробьев А.И. (председатель редакционного совета), Ардашев В.Н., Беленков Ю.Н., Белоусов Ю.Б., Богомолов Б.П., 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., Емельянов В.М., Зайратьянц О.В., Заславская Р.М., Иванов Г.Г., Иващенко В.Т., Кактуский Л.В., Калинин А.В., Каляев А.В., Кложев 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., Цурко В.В., Чазов Е.И., Чучалин А.Г., Шпектор А.В., Ющук Н.Д., Яковлев В.В.

Газета распространяется среди членов Московского городского научного общества терапевтов бесплатно

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

Телефон 8-499-782-31-09, e-mail: mtrndm@dol.ru www.zdravmed

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 **д**