



Вчера я с большим удовольствием принимала участие во встрече, которая проходила в Высшей Школе экономики, на меня огромное впечатление произвела та работа, те достижения, которых удалось достичь, огромное разнообразие мнений, которое было выявлено во время дискуссии. Прозвучавшие проблемы очень схожи с тем, чем нам приходится заниматься в Великобритании. Я очень много узнала вчера и сегодня, и с нетерпением ожидаю возможности работать с Вами в будущем. Поэтому я хочу кратко охарактеризовать нашу деятельность, чем мы занимаемся в нашем институте.

Институт NICE был создан в 1999 г., почти 10 лет назад. Созданию нашего института способствовало то, что мы столкнулись с серьезными проблемами: большими вариациями клинического процесса, несправедливостью в оказании медицинской помощи, ее недоступностью для многих. Не существовало единого национального медицинского стандарта, существовали местные, региональные стандарты, по которым велись различные группы пациентов. И, конечно, встал вопрос об экономических затратах. Новое правительство лейбористов, которое пришло к власти в 1997 г., приняло на себя обязательство увеличить расходы на здравоохранение. Вкладывая дополнительные средства, они хотели быть уверены, что эти средства будут использованы эффективно. Так в 1999 г. был создан наш институт — Национальный институт здоровья и клинического совершенствования Великобритании. В институте 260 штатных сотрудников и 2 тысячи внештатных экспертов, годовой бюджет — \$70 млн. Офисы в Лондоне и Манчестере.

Мы входим в систему национального здравоохранения Великобритании, получаем финансирование из национального бюджета. Основной принцип, который мы проводим в жизнь, — это равная возможность для всех пользоваться медицинской помощью, независимо от возможности оплачивать те или иные виды услуг. Наш институт независим от государства, мы работаем с профессиональными медицинскими ассоциациями, организациями пациентов, представителями промышленности, с теми, кто работает с медицинским страхованием, покупая услуги медицинских ассоциаций для оказания медицинской помощи населению. Мы используем те экспертные знания, которые есть в обществе, в медицине, не основываясь на том, что думают бюрократы, мы не связаны с системой чиновников.

Из того, что я услышала, наша работа имеет очень много схожего с тем, как работает Форумный комитет. В нашем институте мы работаем в основном над 3 программами. Мы составляем определенные руководства по конкретным технологиям, списки препаратов по заболеваниям, а с 2005 г. мы стали работать над медицинскими технологиями, направленными на профилактику заболеваний.

Несмотря на то, что это хорошо отрегулированная система, внедрение в практику стандартов, руководств тоже вызывает большие трудности. Мы стараемся как можно активнее вовлекать людей и убеждать их в необходимости активного участия в процессе. Конечно, постоянно встают вопросы финансирования, но у нас есть хорошие результаты, которые мы всегда можем продемонстрировать, результаты научных исследований, на основании которых были сделаны рекомендации.

Мы на цифрах можем показать уменьшение заболеваемости или смертности после использования той или иной технологии. Самое главное достижение, на мой взгляд: мы сделали явным для населения, что мы действуем в его интересах. И поэтому прежде чем какое-то решение принимается, оно проходит широкое обсуждение среди населения. Конечно, это решение можно опротестовать, оно часто встречает сопротивление. Все

ПРЯМАЯ РЕЧЬ

обсуждения ведутся открыто, все решения вывешиваются он-лайн. Очень часто кто-то бывает недоволен, несмотря на широкое обсуждение. Но главное — принять решение, рекомендации должны быть созданы. Иногда к консенсусу прийти не удается, приходится решать путем голосования. Решение института можно оспорить в комиссии по апелляциям при совете директоров NICE (назначается государственным секретарем), в комис-

...редко, но бывает, что наши взгляды расходятся с европейскими или какими-то еще медицинскими ассоциациями, но хочу подчеркнуть — NICE нацелен на соблюдение только национальных интересов.

До 1999 года в Великобритании королевские колледжи получали финансирование от государства на разработку своих собственных стандартов. После создания NICE финансирование стало поступать к нам, но сотрудничество с королевскими колледжами сохранилось. Особенно это касается создания клинических руководств.

Группа, занимающаяся разработкой руководств, называется самим колледжем. Окончательный продукт является собственностью самого колледжа. Что касается медицинских ассоциаций, редко, но бывает, что наши взгляды расходятся с европейскими или какими-то еще медицинскими ассоциациями, но хочу подчеркнуть — NICE нацелен на соблюдение только национальных интересов.

Что касается внедрения руководств: руководства по применению лекарств и по хирургии относятся к ключевым, и мы ожидаем, что они будут приняты всеми больницами, срок на это дается 3 месяца. А по остальным стандартам тоже составляется план по внедрению рекомендаций NICE. Конечно, на пути внедрения масса проблем, часто уровень оснащения клиник мешает этому, найти соответствующее финансирование на местном уровне всегда трудно.

У нас нет полномочий по контролю за внедрением рекомендаций, мы только помогаем их внедрению, выпускаем методические рекомендации для пациентов на доступном им языке, чтобы они были в курсе рекомендаций института, чтобы знали, что им положено по медицинскому стандарту и в каком объеме они могут требовать медицинскую помощь при каждом заболевании, какие вопросы они могут задать врачу. Также помогаем страховщикам. А для контроля есть специальные органы.

Иногда институт принимает решение ограничить применение лекарства у каких-то групп больных или при определенном диагнозе. Тогда закупочные комитеты принимают это к сведению. Конечно, есть свобода для пациента, если кто-то уверен, что ему нужен конкретный препарат, он сам может его купить. Кроме того, цен мы не устанавливаем. Если мы говорим «нет» по использованию какой-то технологии или лекарства, государство его не закупает и не оплачивает, но бывают иногда исключения. Обычный разброс цен на лекарства, которые мы рекомендуем, \$40–60, все, что выше, вряд ли будет принято к оплате, но есть другие факторы: к примеру, если речь идет о «сиротских» лекарствах, то мы говорим «да» для применения и более дорогих препаратов. Официально верхнего предела по оплате в таком случае нет.

Иногда мы говорим «нет» использованию какого-то лекарства или технологии, когда это связано с ограничением ресурсов. Бывает ситуация, когда после этого производитель снижает цену или берет часть рисков на себя, тогда мы можем пересмотреть решение. Так случилось с бетаферонами для рассеянного склероза — вначале мы отказали в оплате. Но были снижены цены, жестко уточнены показания для назначения, и мы пришли к согласию. Лечение этими препаратами возможно

только для узкой группы больных, ведется постоянный контроль за его эффективностью. Фактически — это клиническое исследование, по результатам которого

через 2 года будет принято новое решение. Или другое решение, по вилкейду, разделили риски между производителем и плательщиками. Принято решение, что если после 4-х курсов химиотерапии нет эффекта от лечения данным препаратом, то фирма-производитель расходы плательщика полностью возмещает.

В заключении еще раз скажу, что мы работаем со многими организациями в разных странах мира, занимающимися оценкой медицинских технологий. Мы очень заинтересованы в международном сотрудничестве и с вами.

Председатель Форумного комитета РМН
академик А.И. Воробьев

Очень важно, что мы обсуждаем проблемы, волнующие одинаково и англичан и россиян, говорим на одном языке. Ведь что произошло за последние годы —

Договорились...

Руководитель департамента исследований NICE
Калипсо Чалкиду



сию входят не только сотрудники NICE. Иногда решение отправляется на повторное рассмотрение, а затем, в случае несогласия, возможно, и в суд. Пока был только 1 прецедент судебного разбирательства по несогласию с рекомендациями института из 150 принятых рекомендаций. Но 40% наших рекомендаций подвергаются процедуре апелляции. Такую апелляцию могут подать и ассоциации пациентов, и страховая компания, каждый из множества участников процедуры создания руководства. Сейчас, к примеру, главный спор идет вокруг вопроса, какое количество медицинских услуг положено каждому жителю Великобритании. Институт, как и большинство общества, считает, что дело не в том, чтобы все получили поровну, а в том, чтобы каждый мог получить оптимальную помощь по его заболеванию, строго по потребностям.

Парламентская комиссия обратилась к нам с запросом и попросила представить информацию из разных независимых источников: от производителей, организаций пациентов и т. д. Правительство хотело узнать, насколько мы справедливо учитываем различные мнения: может быть, мы отказываем кому-то в каком-то лечении, насколько наши услуги соответствуют реальным потребностям общества. В результате одобрили существование нашей организации, признали ее независимой, учитывающей мнение различных слоев населения, от пациентов до представителей промышленности.

Прежде чем мы начинаем разработку каких-то конкретных медицинских технологий, производители разъясняют для нас сферу своего интереса, мы разъясняем им свой интерес. Мы очень плотно работаем с фармпроизводителями, часто сами к ним обращаемся: они комментируют проекты клинических руководств, присутствуют на заседаниях (причем не только те, чьи вопросы на данном заседании обсуждаются), их мнения учитываются и при обновлении клинических руководств и Перечней лекарств, которые происходят каждые 2–3 года. Когда клинические руководства и стандарты готовятся, они широко обсуждаются и люди с ними знакомятся. Результаты исследований выставляются в Интернете, и пациенты и врачи общаются с нами. Мы готовим ответы на их комментарии. Если мы не можем обосновать свой ответ. А за ними сохраняется право на апелляцию.

Если мы говорим «нет» по использованию какой-то технологии или лекарства, государство его не закупает и не оплачивает, но бывают иногда исключения.

Мы очень плотно работаем с фармпроизводителями, часто сами к ним обращаемся: они комментируют проекты клинических руководств, присутствуют на заседаниях (причем не только те, чьи вопросы на данном заседании обсуждаются), их мнения учитываются и при обновлении клинических руководств...

ИнтерНьюс

Трансплантаты рук лучше новых двух протезов

Альба Люсия лишилась обеих рук 28 лет назад в возрасте 19 лет, в результате взрыва в химической лаборатории. В конце 2006 г. группа хирургов в главе с П. Кавадасом провела женщине первую в истории операцию по одновременной пересадке обеих рук. Последующие месяцы занял продолжительный и тяжелый курс реабилитации, включавший регулярные упражнения и физиотерапевтические процедуры на фоне постоянного приема иммуносупрессорных препаратов. По словам П. Кавадаса, в настоящее время функциональность обеих рук пациентки составляет приблизительно 75% от нормы, что обеспечивает ей степень свободы, которую не дал бы даже самый совершенный протез. Альба Люсия самостоятельно причисывается, принимает пищу, умывается, и даже, как заметили журналисты, красит ногти. Женщина рассказала, что собирается продолжить курс реабилитации, а затем заняться поиском работы. Во время пресс-конференции в валенсийской больнице Ла Фе испанка смогла без посторонней помощи пришить пуговицу к своей блузке.

Источник: MedPortal

Нулевая терпимость к фальсификации

Европейские фармацевтические лаборатории призвали Евросоюз к «нулевой терпимости» по отношению к фальсификации медикаментов, которая, по их мнению, приняла «колоссальные масштабы». Об этом заявил глава компании «Санофи-Авентис» и вице-президент Европейской федерации фармацевтической промышленности и ассоциаций (ЕФПИА) Жан-Франсуа Деек. Контрафактные лекарства — это 10% всех имеющихся в мире медикаментов и 4,5 млрд евро годового оборота. В 2007 г. на европейских границах были изъяты более 4 млрд упаковок фальшивых лекарств. Прежде всего, лаборатории требуют, чтобы Евросоюз запретил восстанавливать медикаменты с истекшим сроком годности, что является, по их словам, главным путем для сбыта контрафактных лекарств. В 2009 г. ЕФПИА намерена протестировать в Германии систему единых фирменных знаков «Дейтра Мэтрикс» на упаковках лекарств, позволяющих проверить происхождение медикаментов. Если она продемонстрирует свою эффективность, то будет распространена по всей Европе.

Источник: АМИ-ТАСС

Воровство тканей у мертвых для трансплантации

Глава преступной группировки из штата Нью-Джерси, занимавшейся изъятием у трупов органов и тканей для трансплантации, приговорен к тюремному заключению на срок от 18 до 54 лет. 44-летний стоматолог Майкл Мэстромарино в марте сознался в том, что он и его подельники похитили и продали ткани более чем тысячи трупов из похоронных бюро штатов Нью-Джерси, Нью-Йорк и Пенсильвания на общую сумму 4,6 миллиона долларов. Изъятие материалов, преимущественно кожи, костей и сухожилий, происходило в помещениях для бальзамирования в антисанитарных условиях; полученные ткани не проходили должную проверку. В результате этого некоторые реципиенты заразились различными инфекциями, в частности, гепатитом В. Похищенные ткани были пересажены примерно десяти тысячам человек. По делу проходят еще три обвиняемых. Один из них признал себя виновным, второй был осужден, а третий ожидает судебного разбирательства. В число жертв преступной группировки попал британский журналист, ведущий телепередач Государственной службы радиовещания «Masterpiece Theatre» и BBC «Letter from America» Алистер Кук, умерший в Нью-Йорке в 2004 г. в возрасте 95 лет.

Источник: medlinks.ru

Экзотика по-китайски

По данным организаторов, стартующие в августе Олимпийские игры в Пекине могут посетить до 600 тысяч иностранцев и более 2 миллионов зрителей из Китая. Эксперты Центров контроля и профилактики заболеваний США (CDC) и Международного общества медицины путешествий (ISTM) проанализировали данные о заболеваемости американских туристов в Китае за последние 10 лет и пришли к следующим выводам: иностранцам, намеревающимся посетить Олимпиаду в Пекине, следует опасаться в первую очередь не экзотических инфекций, а поноса, нападений бродячих собак и респираторных заболеваний, а также вывихов и растяжений. Ни одно из более чем 2 500 обращений, имевшихся в базе данных ISTM, не было связано с экзотическими инфекциями, например, с малярией или лихорадкой денге. Тем не менее, всем отправляющимся в Китай безусловно рекомендуется заранее сделать все предписанные для этого региона прививки. Наибольшее опасения у туристов должны вызывать нападения собак, поскольку Китай занимает второе место в мире по заболеваемости бешеным.

Источник: medportal.ru

Начало на стр. 1

появились лекарства, жизненная необходимость которых стала очевидной в самом натуральном смысле этого слова. Вот дать Гливек (антигипертензивный препарат) — будет жить больной, не дать препарат — умрет. Стоит этот препарат 2—3 тысячи долларов в месяц. Не найдет государство деньги — реально умрут все, потому что тех, кто может тратить 2 тысячи долларов в месяц на протяжении нескольких лет, практически нет. И говорить о тех единицах, кто имеет такой доход, что в Великобритании, что в США, что в России, нет смысла. Это одна жизненная необходимость.

Есть и другая, когда путем различных профессиональных ухищрений я могу так или иначе снизить артериальное давление. Но больной не умрет, если ему давление не снизить. Такой препарат жизненно необходим? — Да. Но это другая необходимость...

Был такой писатель Оруэлл, который рассказал о моей стране на английском языке, и там было такое выражение: «Мы все равны, но некоторые равнее других». Так вот среди лекарств в нашем перечне жизненно необходимых есть такие, которые более жизненно необходимы, чем другие. И они обычно стоят очень дорого, ну конечно, я сейчас имею в виду цитостатики.

Дальше будет не легче, дальше будет труднее, потому что препараты из разряда генно-инженерных, сложных будут стоить очень дорого, обычно они уникальны. Фирмы тратят десятки, иногда сотни миллионов долларов на создание препарата, они хотят вернуть себе затраты, и мы это понимаем. И тем не менее я не могу смотреть в глаза больному, который говорит «Купите мне здоровье», — я обязан ему помочь. Как быть? Не думайте, что я сейчас дам ответ на этот вопрос.

Но думаю, что международное сотрудничество может сыграть колоссальную роль, потому что я смогу сказать:



В Англии, Китае, Гватемале и т. д. лечат, а мы? И это аргумент! Ведь речь идет о воздействии на ум политика, а ум у политика, мы с вами это знаем, очень средний. Туда Альберты Эйнштейны не попадают и не становятся премьерами и президентами. Это гарантировано. И я должен из этого положения исходить. Весомость международного сотрудничества должна помочь мне.

Жизнь изменилась, население стало старше, оно тащит на себе огромный груз болезней. Сегодня у людей могут быть больны все органы, а интеллект — быть в порядке. Если во времена Александра Македонского был важен не столько интеллект, сколько физическая сила, то кому эта сила нужна сегодня? И если мы хотим развивать свое общество, то мы должны заботиться о второй половине жизни, после 50 лет, когда груз опухолей, хронических болезней неизбежно наваливается на нас. И теперь уже цитата из российского творчества: «Возьмемся за руки, друзья, чтоб не пропасть поодиночке».

МЕМОРАНДУМ

о сотрудничестве

Формулярного комитета Российской академии медицинских наук и Национального института здоровья и клинического совершенствования Великобритании (NICE)

Формулярный комитет Российской академии медицинских наук и Национальный институт здоровья и клинического совершенствования Великобритании считают необходимым обеспечить жизненно необходимыми лекарствами больных. Важным механизмом обеспечения доступности и справедливости системы здравоохранения для населения является внедрение медицинских технологий с доказанной клинической эффективностью и приемлемой экономической характеристикой. Эффективные медицинские технологии — не лекарственные и лекарственные способы лечения, диагностики, профилактики и реабилитации — внедряются с использованием формализованных формуляров, клинических рекомендаций, стандартов, протоколов, индикаторов качества и мониторинга результатов. Комплексная клинико-экономическая оценка медицинских технологий, отбираемых для документов, становится ответственным направлением совершенствования системы публичного здравоохранения (оказания медицинской помощи) в Великобритании и России.

Национальный институт здоровья и клинического совершенствования Великобритании (NICE) имеет уникальный опыт в проведении оценки медицинских технологий на основе систематического анализа их эффективности, безопасности и затратной эффективности. Целью оценки является обеспечение принципов справедливости и равенства в доступности медицинской помощи в национальной службе здравоохранения в условиях постоянно растущего числа новых технологий и непрерывного увеличения расходов на профилактику и медицинскую помощь, не сопровождающегося сопоставимым улучшением состояния общественного здоровья.

Формулярный комитет Российской академии медицинских наук (РАМН) решает аналогичные проблемы в России. Многолетняя деятельность экспертов Формулярного комитета РАМН направлена на решение важной социальной задачи: обеспечения справедливости в доступности для населения медицинской помощи, прежде всего — лекарственных средств, улучшение ее качества.

NICE и Формулярный комитет РАМН строят свою деятельность на основе одинаковых принципов и подходов: к применению в системе общественного здравоохранения должны рекомендоваться те технологии, эффективность, безопасность и приемлемое соотношение «затраты/эффективность» которых доказаны в качественных исследованиях.

Деятельность Формулярного комитета и NICE осложняется неготовностью политиков и менеджеров принимать решения по рационализации доступности медицинской помощи, различными представлениями о справедливости в оказании помощи среди участников системы здравоохранения, недостаточной подготовкой лиц, принимающих решения, и медицинских работников по вопросам доказательной медицины и клинико-экономического анализа.

Исходя из общих задач и проблем, Формулярный комитет РАМН и Национальный институт здоровья и клинического совершенствования Великобритании (NICE) заявляют о намерении сотрудничать в области оценки и подготовки рекомендаций, формуляров и стандартов по применению медицинских технологий в национальных системах здравоохранения.

Совместная работа NICE и Формулярного комитета РАМН включает следующие основные направления:

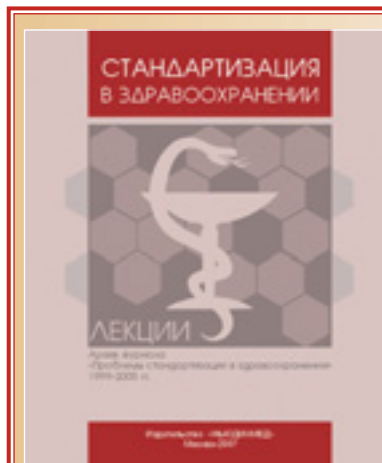
- Обеспечение доступности к результатам научных исследований, формулярам, стандартам и руководствам для экспертов, имеющих отношение к деятельности названных организаций;
- Обучение специалистов систематическому анализу данных об эффективности, безопасности и экономической приемлемости медицинских технологий;
- Построение моделей для оценки экономической приемлемости технологий в национальных системах здравоохранения;
- Консультирование экспертов по практическим проблемам проведения оценки медицинских технологий и внедрения результатов этих оценок в систему здравоохранения;
- Обмен опытом внедрения результатов оценки на семинарах, конференциях и рабочих совещаниях;
- Совместные публикации по результатам работы.

Председатель Формулярного комитета РАМН,
академик РАН и РАМН

Директор исследовательского департамента
Национального института здоровья
и клинического совершенствования

А.И. Воробьев

К. Чалкиду



СТАНДАРТИЗАЦИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ. Лекции

Архив журнала «Проблемы стандартизации в здравоохранении»
1999–2005 гг.

Под редакцией академика А.И. Вялкова и профессора П.А. Воробьева
Издательство «НьюДиамед»
2007 г.

Издание рекомендовано в качестве учебного пособия для системы послевузовского профессионального образования врачей: слушателей курсов тематического усовершенствования по основам стандартизации в здравоохранении, медицине до-

казательства и клинико-экономическому анализу, врачей и среднего медицинского персонала, получающих профессиональное последипломное образование в рамках основной специальности, а также преподавателей, проводящих занятия по данной тематике.

ПРОТОКОЛЫ МГНОТ

**ПРОТОКОЛ СОВМЕСТНОГО ЗАСЕДАНИЯ
АНГИОЛОГИЧЕСКОЙ И КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ
СЕКЦИЙ МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО
НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ
от 12.04.2007 г.**

Сопредседатели секций:

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

Оппонент: П.А. Воробьев

Секретарь: Л.А. Положенкова

Повестка дня: «Головная боль»

Заседание открыл М.П. Савенков. По его словам, проблема «головных болей» актуальна и рассматривать ее с позиций разных специалистов является важным. Далее он предоставил слово докладчикам.

1. Проф. В.А. Парфенов (ММА им. И.М. Сеченова, кафедра нервных болезней). «Головные боли у пациентов с артериальной гипертензией».



В докладе обсуждается проблема головных болей у больных с артериальной гипертензией. Показано, что головные боли, обусловленные повышением артериального давления, встречаются значительно реже, чем предполагается. Головные боли вследствие артериальной гипертензии возникают при стабильном повышении диастолического артериального давления более чем на 25% от исходного значения; при острой гипертонической энцефалопатии и эклампсии. Из 287 больных, госпитализированных в больницу № 61 в течение года с диагнозом «гипертонический криз», повышение артериального давления отмечалось у 185 (64%) из них, однако обследование показало, что головные боли, обусловленные артериальной гипертензией, отмечались у 22% больных, в остальных случаях выявлены другие причины. Докладчик подробно изложил возможные источники головных болей: внешние и внутренние (поражение вещества головного мозга болевых ощущений не вызывает). Представил классификацию: первичные головные боли (мигрень, головная боль напряжения, пучковые) и вторичные (головные боли, связанные с травмой, обусловленные сосудистыми, инфекционными или метаболическими нарушениями) и алгоритм их диагностики (анамнез, соматическое и неврологическое обследование, при необходимости КТ или МРТ головы, дуплексное сканирование, люмбальная пункция). Далее докладчик, подчеркнув значимость артериальной гипертензии, отметил, что частота развития инсульта у больных с артериальной гипертензией в 3 раза выше, чем при нормальном артериальном давлении, подробно представил клинику субарахноидального кровоизлияния (внезапная, интенсивная головная боль, нарушение сознания), его диагностику (КТ — обязательно) и лечение (дифференцированное, включающее хирургическую помощь и нимодипин, а также недифференцированное). Кроме того, докладчик остановился на проблеме головной боли напряжения, являющейся наиболее частой причиной головных болей. Дана классификация головной боли напряжения (с вовлечением перикраниальных мышц и без); клиническое течение (двухсторонняя локализация ГБ, сжимающий характер, отсутствие тошноты и рвоты и др.) и лечение (при эпизодической головной боли напряжения — анальгетики, рациональная психотерапия, а при хронической — прием анальгетиков ограничивают, показаны антидепрессанты, транквилизаторы и миорелаксанты). В заключении докладчик подчеркнул еще раз, что головные боли у пациентов с артериальной гипертензией редко связаны с повышением артериального давления, чаще они обусловлены головной болью напряжения и мигренью.

Вопросы к докладчику:

Вопрос: «С помощью МРТ можно достоверно установить, что имеет место: сосудистое диффузное поражение мозга или опухоль?»

Ответ: «Да».

Вопрос: «Как часто следует проводить люмбальную пункцию?»

Ответ: «Только при подозрении на инфекционное поражение».

Вопрос: «Можно определить степень головных болей?»

Ответ: «Да, с помощью математического анализа».

Вопрос: «Существует метеозависимость головных болей?»

Ответ: «Это не моя компетенция, но точно могу сказать, что у большинства больных, страдающих мигренью, метеозависимости нет».

2. Г.Р. Табеева (ММА им. И.М. Сеченова, кафедра нервных болезней). «Профилактика мигрени».

В докладе обсуждается проблема мигрени. Мигрень — одно из самых распространенных (41 млн случаев в Европе) и дорогостоящих (27 млн в год) заболеваний мозга. 53% больных мигренью тяжело переносят приступы. Превентивное лечение получают только 5% больных мигренью. Даны основные клинические формы мигрени: мигрень без ауры (наиболее частая, встречается в 60—72% случаев) и мигрень с аурой. Представлены диагностические критерии мигрени: односторонняя локализация головной боли, ее пульсирующий характер, тошнота, рвота, фото- и фонофобия, длительность атаки от 4 до 72 часов, коморбидные расстройства. Диагноз мигрени в основном базируется на клинических критериях. Инструментальные методы (КТ, МРТ) не помогают в диагностике мигрени, но рекомендуется их проводить для того, чтобы отвергнуть другие заболевания мозга. Прогноз мигрени чаще благоприятный, т. к. не влечет никаких органических расстройств. Изложен патогенез приступа мигрени (дилатация сосудов, прежде всего артериовенозного анастомоза, отек сосудистой стенки и др.) и обосновано лечение. Цель лечения — купирование приступа и проведение профилактического лечения. Выделены основные показания для профилактического лечения (мигренозный приступ длительностью более 48 часов, неэффективность средств для купирования приступа, мигренозный инфаркт и др.) и дополнительные (гемиплегическая и базиллярная мигрень, мигренозные эквиваленты и т. д.). Перечислены фармакологические средства (БАБ, блокаторы Са-каналов, НПВП, антидепрессанты и антиконвульсанты), применяемые для лечения и профилактики мигрени. Обращено внимание на то, что «золотым стандартом» в профилактике мигрени являются БАБ (пропранолол, метопролол, корвитол), отмечена их высокая эффективность, особенно если мигрень сопровождается коморбидными расстройствами. Курс лечения БАБ — 3 месяца.

Вопросы к докладчику:
Вопрос: «Чем можно снимать мигрень у беременных?»
Ответ: «Назначаются простые и комбинированные анальгетики, кроме парацетамола».
Вопрос: «Пиявки в таких случаях можно использовать?»
Ответ: «Не стоит, они могут вызвать кровотечение».
Вопрос: «Головную боль можно спровоцировать резким вращением головы?»
Ответ: «Да».
Вопрос М.П. Савенкова: «Кто должен лечить и вести больных с мигренью?»
Ответ: «Больных с мигренью много, они составляют 18% в общей популяции, и лечить их должен тот врач, к кому обратился больной».

Ремарка М.П. Савенкова: «Не согласен с такой позицией. Терапевт не справится с мигренью, больного следует консультировать с неврологом».

Вопрос П.А. Воробьева: «Если у больного отсутствует 1 или 2 признака из 6, перечисленных Вами, характерных для мигрени, как быть?»

Ответ: «Придерживаться следует международной классификации мигрени».

Вопрос: «Какие немедикаментозные методы лечения можно использовать при мигрени?»

Ответ: «Применять можно рефлексотерапию, однако эффективность крайне низка, мануальная терапия не показана».

Вопрос П.А. Воробьева: «Кому и когда конкретно назначать профилактику головной боли при мигрени?»

Ответ: «Существуют стандартные показания: мигренозный статус, мигренозный инсульт, частота мигренозных приступов (2 и более в неделю)».

В заключение М.П. Савенков подчеркнул, что причина головных болей гетерогенна и при обращении к нам, терапевтам, больного с головной болью следует, прежде всего, тщательно собирать анамнез. Следует помнить, что головные боли могут быть не только при гипертонии и гипотонии, но и массе других заболеваний, которые проявляются или сопровождаются головными болями. Заседание очень полезное, и нам нужно работать вместе с неврологами и другими специалистами, чтобы справиться с головными болями, своевременно и правильно распознать их причину, предупредить развитие многих тяжелых осложнений».

ИнтерНьюс

«Восьмерка» опять обещает поделиться

Участники саммита G8 в Японии заявили о намерении потратить 60 миллиардов долларов на борьбу со СПИДом, туберкулезом, малярией и другими инфекционными заболеваниями в африканских странах в течение 5 лет. Участники саммита впервые установили конкретные временные рамки для реализации масштабной программы по борьбе с инфекциями на Африканском континенте, в общих чертах согласованной на прошлогоднем саммите в Германии. К 2010 г. страны «восьмерки» намерены обеспечить развивающиеся страны 100 млн противомоскитных сеток для предотвращения распространения малярии. В рамках борьбы с распространением ВИЧ в наиболее затронутых эпидемией заболевания регионах планируется усилить кампанию по пропаганде безопасного секса и методов планирования семьи. Кроме того, к 2015 г. развитые страны намерены добиться обеспечения базовой медицинской помощью всех детей в беднейших странах. Три года назад, на саммите в Глинигесе, главы G8 объявили о готовности увеличить к 2010 г. финансирование благотворительных программ в развивающихся странах на 50 млрд долларов в год, причем половину из этой суммы планировалось потратить в Африке. На прошлогоднем саммите в Германии была достигнута договоренность в течение нескольких лет выделить 60 млрд долларов только на борьбу с инфекционными заболеваниями в Африке. Однако, по мнению представителей международных благотворительных организаций, пока реальные масштабы помощи африканцам существенно отстают от озвученных на саммитах «восьмерки» обещаний...

Источник: medportal.ru

Видимо, динозавры вымерли не от похолодания...

Доктор А. Пинборг из Больницы Университета Копенгагена проанализировала данные более чем 1,2 тыс. детей, рожденных в стране с 1995 по 2006 г. из замороженных эмбрионов, и почти 18 тыс. детей, рожденных путем обычного ЭКО. Она пришла к выводу, что у детей из замороженных эмбрионов вес при рождении близок к нормальному, в то время как при обычном ЭКО он в среднем на 200 г ниже. При этом частота врожденных аномалий и неврологических проблем была одинаковой в обеих группах. По мнению исследователя, причиной такой закономерности может быть селекция эмбрионов, которые смогли сохранить жизнеспособность, пройдя через замораживание и разморозку. Кроме того, женщины, сохраняющие замороженные эмбрионы для будущего использования, как правило, моложе и не проходят курс гормональной терапии для получения яйцеклеток. В последние годы популярность ЭКО с использованием замороженных эмбрионов возрастает. Так, в 2004 г. около 1/5 всех попыток искусственного оплодотворения осуществлялось этим способом.


Источник: NewScientist

Спустя почти тридцать лет американцы решили заняться прогнозированием исходов

Американские исследователи разработали клиническую шкалу, которая при госпитализации позволяет выявить пациентов с первичным кровоизлиянием, у которых вероятно полное функциональное восстановление. Ученые провели анализ данных 629 пациентов с кровоизлиянием в мозг, у 26% которых через 90 дней была достигнута функциональная самостоятельность, оцениваемая по шкале Глазго. С функциональным восстановлением были ассоциированы такие параметры, как возраст, показатель шкалы Глазго, локализация и объем кровоизлияния, наличие когнитивных нарушений до кровоизлияния.

Подобные работы по математическому прогнозированию на основании клинических данных проводились группой математиков под руководством академика И.М. Гельфанда в 70-е годы XX века.

Источник: Stroke 2008, собственные данные



**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 (инфекция дыхательных путей, кишечные инфекции, кровяные инфекции, инфекции наружных покровов, антропозоозы) 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, сыпь, 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. Рекомендуются семейным врачам, инфекционистам, терапевтам, врачам скорой помощи, профильных специальностей, клиническим ординаторам и аспирантам клинических кафедр.

Заявка 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

ИнтерНьюс

Отравиться можно всем

44-летний житель Великобритании Эндрю Торнтон скончался после того, как выпил около 10 литров воды в течение 8 часов. Торнтон страдал хроническим воспалением десен и в огромных количествах пил холодную воду, чтобы унять боль, поскольку боялся принимать обезболивающие препараты из-за опаски аллергических реакций. Мужчина почувствовал недомогание и был доставлен в больницу Брэдфорда. Поскольку у больного наблюдалось нарушение координации движений и он с трудом говорил, врачи решили, что он пьян, однако алкоголя в его крови обнаружено не было. Как выяснилось, наблюдавшиеся симптомы были вызваны нарушением баланса электролитов в тканях мозга вследствие водной интоксикации. Непосредственно перед госпитализацией Торнтон выпил около 10 литров (17 пинт) холодной воды, приблизительно столько же воды он выпивал в течение предыдущих двух дней. Медики попытались спасти мужчину, вводя ему концентрированный солевой раствор, однако спустя сутки больной умер от остановки сердца. Это классическое проявление дисэлектролитического синдрома — синдрома нарушенного равновесия, где интенсивная терапия скорее вредна, чем полезна, приводя к еще большему дисбалансу электролитов и воды внутри сосудов и за их пределами. Спаси ситуацию позволяет введение солевых концентрированных растворов через рот, медленное, порционное, с перерывами введение концентратов солей внутривенно.

Источник: Daily Mail, собственные данные

По данным пресс-службы Минздравсоцразвития РФ, в настоящее время в России осуществляется подготовка и повышение квалификации специалистов с высшим медицинским и фармацевтическим образованием в 47 вузах

Среди них — 17 медицинских университетов, 30 медицинских и фармацевтических академий, 4 медицинских академии последиplomного образования, 4 института усовершенствования врачей, а также более 20 медицинских факультетов государственных университетов Министерства образования и науки РФ. В этом году образовательные учреждения выдали дипломы более чем 31 тысяче врачей и провизоров. По словам заместителя министра здравоохранения и социального развития РФ Руслана Хальфина, последиplomная подготовка выпускников является теперь обязательным условием, чтобы работать в отрасли, и будет осуществляться в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России № 112-н, который внес существенные инновации по сравнению с действовавшими до него нормами. В соответствии с этим документом существенно расширены возможности подготовки врачей по специальностям, представленным в штатных расписаниях организаций здравоохранения детей и подростков. Увеличены возможности получения специальностей, основанных на методах диагностики и лечения (функциональная диагностика, физиотерапия и др.), что обеспечит освоение этих дополнительных специальностей широким кругом врачей и позволит поднять уровень квалификации специалистов за счет приобретения ими дополнительных специальностей. Кроме того, замминистра отметил, что в рамках реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» предусмотрено профессиональная переподготовка по специальности «Общая врачебная практика/семейная медицина» лиц, замещающих должности «врач-терапевт участковый» и «врач-педиатр участковый», а также лиц, замещающих должности врачей-педиатров, по специальностям «Неонатология» и «Неврология». Удивительно, хотя и привычно, что в статистику министерства не попадают негосударственные вузы как додипломного, так и последиplomного образования, число которых значительно, а вклад — существенен.

Источник: tta.ru, собственные данные

Опубликованы стандарты амбулаторно-поликлинической помощи больным с трансплантированными органами и (или) тканями; больным с кистозным фиброзом; больным с миелодисплазией и другими гемобластозами; больным с наследственным дефицитом фактора VIII, с наследственным дефицитом фактора IX, болезнью Виллебранда; больным рассеянным склерозом; больным с гипопитуитаризмом; больным с другими нарушениями накопления липидов (болезнью Гоше) — теми болезнями, которые вошли в программу 7 редких и дорогостоящих заболеваний, финансируемых из государственного бюджета.

Источник: Проблемы стандартизации в здравоохранении, 2008, № 5

ПРОТОКОЛЫ МГНОТ

ПРОТОКОЛ СОВМЕСТНОГО ЗАСЕДАНИЯ АНГИОЛОГИЧЕСКОЙ И КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ СЕКЦИЙ МГНОТ от 13 сентября 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, д. м. н. А.В. Чупин

Постоянный оппонент: проф. П.А. Воробьев

Секретарь: Л.А. Положенкова

Повестка дня: «Эндокринопатии и сердце»

Заседание открыла М.Г. Глезер. Тема, которая будет обсуждаться сегодня на заседании, посвящена вопросу, касающемуся поражения сердца при эндокринной патологии. Первое место среди данной патологии занимает сахарный диабет: 2/3 больных, страдающих сахарным диабетом, умирают от сердечно-сосудистых заболеваний. Поскольку больных с эндокринными заболеваниями очень много, а ведут их на практике в основном терапевты, добавил М.П. Савенков, считаем целесообразным данный вопрос обсудить вместе с эндокринологами на нашем заседании. Слово предоставили докладчикам.

1. Доц. А.Ю. Рунихин (кафедра эндокринологии и диабетологии РГМУ).

«Сахарный диабет

и ишемическая болезнь сердца»

Автор повторил, что 75% больных, страдающих сахарным диабетом, умирают от сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений. В России в основном преобладают большие сахарным диабетом 2-го типа, при этом декомпенсированное течение отмечается чаще. Для поражения артерий при сахарном диабете характерна диабетическая макроангиопатия. Атеросклероз коронарных артерий в таких случаях выявляется в 4–5 раз чаще, чем при нормальном углеводном обмене, и патогенез сложнее. В основе его развития лежит много факторов (дислипидемия, гипергликемия, артериальная гипертония, инсулинорезистентность, гиперинсулинемия). Клиническое течение коронарной патологии у больных сахарным диабетом имеет некоторые особенности (безболевого или атипичная стенокардия наблюдается в 2 раза чаще, кардиальный синдром «X» в 4–5 раз чаще, предрасположенность к внезапной смерти выше в 3 раза, развитие коллатералей плохое и т. д.). Далее в докладе представлен патогенез диабетической кардиомиопатии, даны особенности ее клинического проявления (сердечная недостаточность по правожелудочковому типу, тахикардия более выражена, изменения на ЭКГ неспецифические) и нарушения, выявляемые при инструментальном обследовании (перманентная депрессия сегмента ST на ЭКГ, отсутствие зон гипокинезии миокарда при стрессе ЭХО-КГ или нагрузочной сцинтиграфии миокарда и др.). Подчеркнув, что риск развития инфаркта миокарда у пациентов с сахарным диабетом в 2,6–5 раз выше, чем в общей популяции, докладчик выделил особенности его течения (чаще возникают тяжелые осложнения и наступает летальный исход). Лечение коронарной патологии необходимо начинать с компенсации сахарного диабета (инсулин показан) и назначения метформина. Метформин уменьшает риск развития осложнений (инфаркт миокарда на 39%, общую смертность на 36% и т. д.) и положительно влияет на течение болезни в целом: снижает избыточный вес и артериальное давление у пациентов, улучшает липидный профиль крови. Целевой уровень содержания липидов крови при сахарном диабете должен быть не менее 1,8 ммоль/л. Обоснованы показания к назначению статинов (перечислены наиболее эффективные, даны дозы и курсы лечения), производных фиброевой кислоты (фибрата), омега-3-полиненасыщенных жирных кислот, ингибиторов абсорбции холестерина (ezetимид), кардиоселективных БАБ (предпочтительно отдавать бисопрололу и небивалолю). Нитраты (лучше изосорбид моно- и динитрат) и нитратоподобные препараты (молсидомин) даются без ограничений. Показаны также иАПФ (предпочтительно отдается периндоприлу и рамиприлу), антиагреганты (клопидогрель, но чаще аспирин). Кроме того, изложены нетрадиционные направления лечения коронарной патологии у больных сахарным диабетом (назначение антибактериальных препаратов и активаторов калиевых каналов) и даны новые направления (применение ингибиторов g и Ро-киназы, электроимпульсной терапии). Перечислены показания к хирургическому лечению коронарной патологии при сахарном диабете, они более ограничены по сравнению с больными без сахарного диабета. Изложена тактика ведения больных с острым инфарктом миокарда при сахарном диабете (пероральные сахароснижающие препараты отменяются, назначается инсулинотерапия, снижающая смертность на 30%, метформин назначают только через 6 мес после острого инфаркта миокарда, в остальном тактика ведения по стандарту).

Вопросы к докладчику:

Вопрос: «Почему чаще назначают аспирин у больных сахарным диабетом?»

Ответ: «Только из экономических соображений, он же значительно дешевле».

Вопрос: «Какие методы диагностики следует проводить в первую очередь у больных сахарным диабетом?»

Ответ: «Нагрузочные тесты (велозерометрия, нагрузочная сцинтиграфия или стресс-ЭХО-КГ)».

Вопрос: «МРТ сердца и сосудов следует проводить?»

Ответ: «Да, по показаниям больным коронарной болезнью и сахарным диабетом проводится МРТ сердца и сосудов, позитронно-эмиссионная томография и коронарография».

Вопрос: «При сочетании коронарной патологии и сахарного диабета что ставить на первое место в диагнозе?»

Ответ: «Мы, эндокринологи, на первое место ставим сахарный диабет».

Ремарка М.Г. Глезер: «Если больной с сахарным диабетом и коронарной патологией находится в кардиологическом отделении, на первое место в диагнозе ставится патология сердца. По-видимому, на первое место следует ставить диагноз, приведший к госпитализации».

Вопрос: «ИБС и сахарный диабет — это 2 разные болезни, как будет платиться за лечение больного страховая компания?»

Ответ: «Оплачивается лечение одного заболевания».

Замечание П.А. Воробьева: «По лечению сахарного диабета и его осложнений существует приказ министерства, и оно



должно проводиться только по стандарту. Предуктал в стандарт не входит, зачем его назначать, тем более препарат «не работает».

2. Проф. Т.Ю. Демидова (кафедра эндокринологии и диабетологии РМАПО). «Роль и место «Сиофора» в коррекции сердечно-сосудистых нарушений».

В докладе обсуждается значение «Сиофора» (метформина) в коррекции сердечно-сосудистых заболеваний, развивающихся при данной патологии. Сахарный диабет типа 2 — многофакторное, хроническое, прогрессирующее заболевание, в основе которого лежат 2 дефекта: нарушение функции β-клеток и инсулинорезистентность. Сахарный диабет приводит к частому развитию не только тяжелых специфических диабетических микрососудистых осложнений (частота настолько высока, что, например, слепота развивается каждые 90 минут, ампутация конечности выполняется каждые 19 минут), но и развитию сердечно-сосудистых нарушений, приводящих к смерти. Инсулинорезистентность высоко распространена (среди лиц с сахарным диабетом 2 типа составляет 84%) и является мощным фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и возникновения метаболического синдрома. Метаболический синдром — встречается в общей популяции от 14% до 24%, среди больных сахарным диабетом 2 типа — в 80%. Метаболический синдром — понятие собирательное, включающее в себя комплекс взаимосвязанных нарушений углеводного и жирового метаболизма, а также механизмов регуляции артериального давления и функции эндотелия. Инсулинорезистентность — связана с висцеральным ожирением, а жировая ткань является не только мощным фактором развития сердечно-сосудистых заболеваний, но и атеросклероза. Изложив характеристику «Сиофора» (метформин), механизм его действия, выделив его эффекты, подчеркнула необходимость его включения для коррекции метаболических нарушений при сахарном диабете 2 типа. «Сиофор» влияет на факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений у больных сахарным диабетом 2 типа, и его необходимо назначать как препарат первого выбора в лечении сахарного диабета 2 типа и метаболического синдрома.

Вопросы к докладчику:

Вопрос: «Что означает глюкоза натощак?»

Ответ: «Взятие крови через 10 часов после последнего приема пищи».

Вопрос: «Сиофор» препарат хороший, но при остром инфаркте миокарда его отменяют, это прозвучало в первом докладе. Это так?»

Ответ: «Я так не считаю, прежде всего, сами больные не соглашаются на отмену».

Вопрос: «Малые дозы алкоголя можно назначать при сахарном диабете?»

Ответ: «Да, отмечено, что малые дозы алкоголя снижают сахар в крови».

Продолжение на стр. 8

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., Каскина 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 НЕУТОЧНЕННОЙ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКОЙ

1. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА

Категория возрастная: взрослые

Нозологическая форма: почечная колика неуточненная

Код по МКБ-10: N25

Фаза: острое состояние

Стадия: первое обращение

Осложнение: вне зависимости от наличия или отсутствия осложнений

Условие оказания: скорая медицинская помощь

Утверждено
приказом Министерства здравоохранения
и социального развития Российской Федерации
от 25 сентября 2006 г. № 674

1.1. ДИАГНОСТИКА

Код	Наименование	Частота предоставления	Количество
A01.28.001	Сбор жалоб и анамнеза при патологии почек и мочевыделительного тракта	1	1
A02.31.001	Термометрия общая	1	1
A01.28.002	Визуальное исследование при патологии почек и мочевыделительного тракта	1	1
A01.28.003	Пальпация при патологии почек и мочевыделительного тракта	1	1
A01.28.004	Перкуссия при патологии почек и мочевыделительного тракта	1	1
A02.10.002	Измерение частоты сердцебиения	1	1
A02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	1
A04.28.001	Ультразвуковое исследование почек	0,1	1
A04.28.002	Ультразвуковое исследование мочевого пузыря	0,1	1
A04.28.003	Ультразвуковое исследование мочеточников	0,1	1
A09.28.020	Тест на кровь в моче	1	1

1.2. ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА 30 МИНУТ

Код	Наименование	Частота предоставления	Количество
A01.28.001	Сбор жалоб и анамнеза при патологии почек и мочевыделительного тракта	1	1
A02.10.002	Измерение частоты сердцебиения	1	1
A02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	1
A11.01.002	Подкожное введение лекарственных средств и растворов	1	1
A11.02.002	Внутримышечное введение лекарственных средств и растворов	1	1
A11.12.003	Внутривенное введение лекарственных средств	1	1
F05.01.02	Транспортировка пациента службой скорой медицинской помощи вне медицинского учреждения (организация)	1	1

1.3. ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ

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>		1		
		Метамизол натрия + питофенон + фенпивериния бромид	0,4	5 мл	5 мл
		Лорноксикам	0,3	8 мг	8 мг
		Кеторолак	0,3	30 мг	30 мг

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

СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ОСТРЫМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ БОЛЕЗНЯМИ МАТКИ

1. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА

Категория возрастная: взрослые

Нозологическая форма: острые воспалительные болезни матки

Код по МКБ-10: N 71

Фаза: острое состояние

Стадия: первое обращение

Осложнение: тазовый перитонит, разлитой перитонит

Условие оказания: скорая медицинская помощь

Утверждено
приказом Министерства здравоохранения
и социального развития Российской Федерации
от 25 сентября 2006 г. № 670

1.1. ДИАГНОСТИКА

Код	Наименование	Частота предоставления	Количество
A01.20.001	Сбор анамнеза и жалоб в гинекологии	1	1
A01.20.002	Визуальное исследование в гинекологии	1	1
A01.20.003	Пальпация в гинекологии	1	1
A02.09.001	Измерение частоты дыхания	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

1.2. ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА 30 МИНУТ

Код	Наименование	Частота предоставления	Количество
A01.20.001	Сбор анамнеза и жалоб в гинекологии	1	1
A02.09.001	Измерение частоты дыхания	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
A25.20.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях женских половых органов	1	1
A11.02.002	Внутримышечное введение лекарственных средств и растворов	1	1
A11.12.003	Внутривенное введение лекарственных средств	0,1	1
F05.01.02	Транспортировка пациента службой скорой медицинской помощи вне медицинского учреждения (организация)	1	1

1.3. ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД**	ЭКД***
Растворы, электролиты, средства коррекции кислотного равновесия, средства питания			0,1		
	<i>Электролиты, средства коррекции кислотного равновесия</i>		1		
		Натрия хлорид	1	400 мл	400 мл
Средства для лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта			1		
	<i>Спазмолитические средства</i>		1		
		Метамизол натрия + питофенон + фенпвериния бромид	0,3	5 мл	5 мл

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

**СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ОТРАВЛЕНИЕМ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ СРЕДСТВАМИ,
МЕДИКАМЕНТАМИ И БИОЛОГИЧЕСКИМИ ВЕЩЕСТВАМИ**

1. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА

Категория возрастная: взрослые, дети

Нозологическая форма: отравление лекарственными средствами, медикаментами и биологическими веществами

Код по МКБ-10: T36—T50

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 4 сентября 2006 г. № 633

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 02.12.001	Исследование пульса	1	1
A 01.31.016	Перкуссия общетерапевтическая	1	1
A 01.31.012	Аускультация общетерапевтическая	1	1
A 02.10.002	Измерение частоты сердцебиения	1	1
A 02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	1
A 02.09.001	Измерение частоты дыхания	1	1
A 01.23.004	Исследования чувствительной и двигательной сферы при патологии центральной нервной системы	1	1
A 01.26.002	Визуальное исследование глаз	1	1
A 05.10.001	Регистрация электрокардиограммы	1	1
A 05.10.007	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных	1	1
A 09.05.023	Исследование уровня глюкозы в крови	1	1
A 09.28.015	Обнаружение кетоновых тел в моче с помощью тест-полоски	1	1
A 09.28.058.001	Определение наличия психоактивных веществ в моче с помощью тест-полоски	1	1
A 09.07.006.001	Определение наличия психоактивных веществ в слюне с помощью тест-полоски	1	1

1.2. ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА 30 МИНУТ

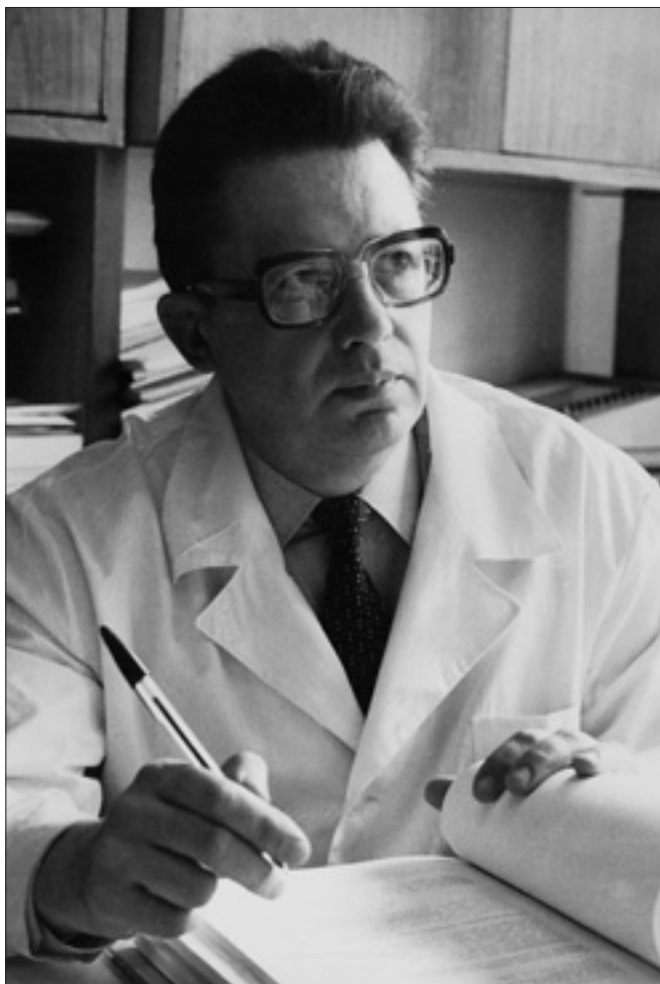
Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A 01.31.009	Сбор анамнеза и жалоб общетерапевтический	1	1
A 02.12.001	Исследование пульса	1	1
A 02.10.002	Измерение частоты сердцебиения	1	1
A 02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	1
A 02.09.001	Измерение частоты дыхания	1	1
A 25.31.001	Назначение лекарственной терапии при неуточненных заболеваниях	1	1
A 11.02.002	Внутримышечное введение лекарственных средств	1	1
A 11.12.003	Внутривенное введение лекарственных средств	1	1
A 11.09.008	Ингаляционное введение лекарственных средств и кислорода	0,2	1
A 11.08.011	Установка воздуховода	0,2	1
A 14.08.004	Отсасывание слизи из носа	0,2	1
A 16.09.011	Искусственная вентиляция легких	0,2	1
A 21.10.001	Массаж сердца	0,2	1
A 11.16.008	Промывание желудка	0,8	1
A 11.08.009	Интубация трахеи	0,2	1
F 05.01.02	Транспортировка пациента службой скорой медицинской помощи вне медицинского учреждения (организации)	1	1

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД**	ЭКД***
Средства, влияющие на центральную нервную систему			1		
	<i>Средства для лечения алкоголизма и наркомании</i>		0,8		
		Флумазенил	0,05	0,2 мг	1 мг
		Налоксон	0,95	0,4 мг	2 мг
	<i>Анксиолитики (транквилизаторы)</i>		0,1		
		Диазепам	1	10 мг	80 мг
	<i>Прочие средства, влияющие на центральную нервную систему</i>		0,1		
		Бемегрид	1	10 мг	30 мг
Гормоны и средства, влияющие на эндокринную систему			0,5		
	<i>Неполовые гормоны, синтетические субстанции и антигормоны</i>		1		
		Метилпреднизолон	0,3	4 мг	8 мг
		Дексаметазон	0,3	4 мг	8 мг
		Преднизолон	0,4	30 мг	90 мг
Средства для лечения заболеваний почек и мочевыводящих путей			0,5		
	<i>Диуретики</i>		1		
		Фуросемид	1	40 мг	120 мг
Средства, влияющие на кровь			1		
	<i>Растворы и плазмозаменители</i>		1		
		Декстроза	1	400 мл	400 мл
Растворы, электролиты, средства коррекции кислотного равновесия, средства питания			1		
	<i>Электролиты, средства коррекции кислотного равновесия</i>		1		
		Растворы электролитные моно- и поликомпонентные	1	400 мл	1000 мл
Средства для лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта			1		
	<i>Прочие средства для лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта</i>		0,8		
		Активированный уголь	1	1000 мг	1000 мг
	<i>Спазмолитические средства</i>		0,2		
		Атропин	1	0,5 мг	1 мг

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

Андрей Леонидович Гребенев родился 3 июня 1933 г. в Москве. Рано оставшись без отца, который вступил добровольцем в народное ополчение и погиб в первые месяцы войны, Андрей Леонидович испытал тяготы и невзгоды, связанные с войной, эвакуацией, трудным послевоенным периодом. С 1957 по 1959 г., после окончания I МОЛГМИ им. И.М. Сеченова Андрей Леонидович работал в НИИ авиационной и космической медицины, вначале в качестве врача-лаборанта, а затем младшего научного сотрудника. Он принимал непосредственное участие в научных исследованиях по подготовке экспериментальных животных, в частности собак к полетам в космос. Несомненно, что эта работа могла очень быстро увенчаться защитой кандидатской, а потом, наверно, и докторской диссертаций. Но Андрей Леонидович не мыслит свою профессиональную деятельность без больных, и в 1959 г. он уходит в качестве участкового врача в 21-ую городскую объединенную больницу г. Москвы и работает там до 1962 г.

Андрей Леонидович Гребенев



Андрей Леонидович потом вспоминал этот период как очень важный этап в своей жизни. Эта работа позволила ему приобрести необходимый клинический опыт и дала возможность ознакомиться с широким кругом различных заболеваний. В 1962 г., выдержав очень большой конкурс на единственное вакантное место, Андрей Леонидович становится очным аспирантом кафедры пропедевтики

внутренних болезней. После досрочного завершения обучения в очной аспирантуре его избирают ассистентом, доцентом, а после защиты докторской диссертации и профессором кафедры.

На большинстве сохранившихся фотографий Андрей Леонидович находится справа от Владимира Харитоновича Василенко, это в какой-то мере символично, потому что, проработав бок о бок с Владимиром Харитоновичем более 25 лет, Андрей Леонидович был действительно «правой рукой» Владимира Харитоновича практически во всех аспектах работы. Это касалось и лечебной работы, и педагогической, и научной. Под руководством Владимира Харитоновича и Андрея Леонидовича был подготовлен учебник «Пропедевтика внутренних болезней», удостоенный в 1979 г. Государственной премии СССР. Этот учебник выдержал 5 изданий, он был переведен и дважды издан на испанском языке, переведен и издан на английском языке. Я думаю, что лучшим признанием этого учебника служит тот факт, что я, например, в магазине букинистической медицинской литературы за все эти годы ни разу не видел ни одного из 5 изданий. Это означает, что студенты, которые приобретают этот учебник во время обучения в институте, уже не расстаются с ним на протяжении всей своей последующей деятельности.

Владимир Харитонович в качестве председателя Всесоюзного научного общества гастроэнтерологов, а Андрей Леонидович в качестве его первого заместителя проводили огромную работу. Владимир Харитонович относился к Андрею Леонидовичу с безграничным доверием, и не случайно, что когда проводилось празднование 90-летия Владимира Харитоновича, вести это торжественное мероприятие было поручено Андрею Леонидовичу Гребеневу. А после смерти Владимира Харитоновича Андрей Леонидович, как его ближайший ученик, возглавил клинику и кафедру пропедевтики внутренних болезней.

Круг научных интересов Андрея Леонидовича Гребенева был необычайно широким и многообразным. Можно без преувеличения сказать, что Андрей Леонидович был пионером в изучении многих заболеваний пищевода. В шестидесятые годы терапевты изучением заболеваний пищевода вообще не занимались. Андрей Леонидович предложил и внедрил в клиническую практику методы исследования нарушений моторики пищевода — эзофагокимографию, изучение тонуса пищеводного сфинктера — эзофаготонометрию. Это позволило ему описать основные виды нарушения моторики пищевода. Под руководством Андрея Леонидовича были изучены этиологические и патофизиологические, клинические аспекты формирования грыж пищеводного отверстия диафрагмы и рефлюкс-эзофагита, описана их диагностика. Сейчас гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь стала одним из наиболее значимых заболеваний в гастроэнтерологии, а фундамент в изучении этой патологии был заложен на кафедре пропедевтики в работах Андрея Леонидовича Гребенева и его учеников еще в семидесятые и восьмидесятые годы. В частности, тогда было показано значение уменьшения тонуса нижнего пищеводного сфинктера в развитии гастроэзофагеального рефлюкса. Было описано патогенетическое значение развития не только кислотного, но и щелочного рефлюкса.

Сейчас очень много говорят и пишут о внепищеводных проявлениях гастроэзофагеального рефлюкса, в частности, о кардиальных, но еще Владимиром Харитоновичем и Андреем Леонидовичем была описана кардиальная форма

Продолжение на стр. 8

ИнтерНьюс

Россия — страна стариков, и медицинской помощи будет нужно все больше

Доктором В. Харченко выполнен аналитический обзор официальных данных Госкомстата, МЗСР и ВОЗ и экспертных оценок по проблеме медицинского обслуживания больных пожилого и старческого возраста в России. По объективным критериям ВОЗ население России относится к старому населению. Удельный вес среди населения лиц пожилого и старческого возраста продолжает интенсивно увеличиваться. На величину прироста смертности от болезней системы кровообращения, связанного с постарением населения, будут накладываться волны прироста или уменьшения смертности, связанные с реформами и потрясениями в стране. Изменение возрастной структуры населения и связанный с этим неизбежный рост заболеваемости и смертности от болезней системы кровообращения более высокий, чем в развитых странах, возрастные коэффициенты смертности от болезней системы кровообращения в России требуют усиления кардиологической службы страны как в количественном, так и в качественном отношении. В России в 2002 г. проживало 1,55 млн мужчин и 5 млн женщин (всего 6,55 млн человек) старческого возраста, по сравнению с 1959 г. (2,2 млн человек) произошел 3-кратный прирост. Можно уверенно прогнозировать кратный рост численности лиц этого возраста к 2050 г., что обосновывает необходимость усиления практической гериатрии с увеличением роли врача-гериатра в лечении больных старческого возраста. Удельный вес врачей-кардиологов в России крайне низок: 1,46% от общего числа врачей (физических лиц) или 10 тыс. человек на всю страну.

Источник: Клиническая геронтология 2008, № 5

Женщины не заменяют мужчин

Доктора из Базеля и Гейдельберга проанализировали исход почти 200 тыс. операций по пересадке почек и пришли к выводу, что мужчины и женщины различаются органами, используемыми при трансплантации. Борьба полов ведется настолько ожесточенно, что организм женщины поразительно часто отторгает орган, ранее принадлежавший мужчине. Опасность отторжения почки, если ее пересаживают от мужчины к женщине, примерно на 10% выше, чем при любой другой комбинации полов. Очевидно, угроза кроется в мужской Y-хромосоме. Именно ей мужчины обязаны молекулами, которые помогают иммунной системе отличать собственные клетки от незваных болезнетворных гостей. Поэтому женщины должны получать почки от женщин, а мужчины — от мужчин. Поскольку представители обоих полов не чувствуют полной удовлетворенности, получив орган от противоположного пола, до сих пор разрушение мужских почек иммунной системой женщин просто не замечалось, полагают ученые. Указания на политически некорректное отторжение до сих пор имелись только в случае пересадки клеток костного мозга: статистика показала, что результат их трансплантации от мужчины к женщине хуже. Теперь у мужчин только одна проблема: мужских почек слишком мало. В чем причина? В маленьком отличии: женщины значительно чаще готовы выступить в качестве донора.

Источник: Lancet 2008

Похудеть нельзя поправиться

Каждый 3-й человек, пытающийся похудеть, на самом деле не только не сбрасывает вес, а, наоборот, набирает его. Об этом сообщили сотрудники британской Ассоциации диетологов. Проведенные ими опросы, в которых приняли участие более 4 тыс. человек, показали, что практически каждый 2-й человек рано или поздно задумывается над тем, как бы ему сбросить лишний вес. Однако 40% из тех, кто в конце концов выбирает подходящую диету и пытается следовать ей, уже через несколько месяцев решают, что она «недостаточно эффективна», и отказываются от любых ограничений своего рациона. 25% выдерживают месяц, 10% — 2 месяца, большинство оставшихся забрасывают диету еще раньше. В результате вместо похудения они получают лишний вес. А 40% женщин и 20% мужчин, «закончивших» с диетой, вынуждены обращаться к врачу. Современная похудательная «диета» напоминает, скорее, оздоровительное питание с небольшими ограничениями. А в качестве дополнения предписывается активный двигательный режим и создание позитивного психоэмоционального настроения. Все вместе повышает тонус, который стимулирует расщепление жира.

Источник: medlinks.ru



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, геропротекторы.
 - Стандартизация, медицина, основанная на доказательствах, и клинико-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

ИнтерНьюс

Новые прионы

Новая форма прионной инфекции обнаружена у 16 граждан США, 10 из которых умерли от этой болезни. По своим проявлениям она напоминает болезнь Крейтцфельда-Якоба, однако имеет особенности, не позволяющие расценивать ее как одну из форм этого заболевания. Основным симптомом заболевания является прогрессирующая деменция — нарушение функций мозга с постепенной утратой способности мыслить, говорить и двигаться. Источник и пути распространения пока не выявлены; также неизвестно реальное число заболевших. Как и другие губчатые энцефалопатии, такие, как болезнь Крейтцфельда-Якоба или коровье бешенство, новое заболевание вызывает повреждение мозга с образованием множества небольших полостей, из-за чего мозговое вещество больных напоминает губку (отсюда название). Ключевым отличием обнаруженных прионов является то, что они разрушают ферментами протеазами, к которым устойчивы возбудители болезни Крейтцфельда-Якоба и аналогичных инфекций. Большинство известных прионных заболеваний развивается спонтанно, без видимой причины, однако они могут передаваться при контакте с мозговой тканью заболевших людей или при употреблении в пищу зараженных животных. В настоящее время проводятся серия экспериментов на мышах для обнаружения путей передачи новой инфекции.

Источник: medportal.ru

Людей становится все больше

Бюро переписи США распространило уточненный прогноз по странам и регионам: численность населения нашей планеты должна в 2012 г. достичь 7 млрд человек. Главное американское статистическое ведомство напоминает, что 6-миллиардный порог человечество переступило в 1999 г. В новом американском прогнозе приводятся последние данные по 34 странам. России среди них нет. Из стран бывшего СССР уточнены оценки только для Узбекистана. Как пояснили в Бюро переписи, теперь американские специалисты считают, что к 2050 г. население этой страны будет несколько меньше, чем они предполагали ранее. Это связано со снижением уровня рождаемости. Вместе с тем специалисты указывают, что уровень детской смертности в Узбекистане ранее был ими существенно завышен. Теперь оценки по данному показателю пересмотрены в сторону уменьшения.

Источник: tma.ru

Опять про зарплату

Министр здравоохранения и социального развития РФ Татьяна Голикова считает, что новая система оплаты труда в медицинских учреждениях — так называемое одноканальное, подушевое финансирование, которая будет вводиться в России с 1 декабря 2008 года, выгодна как самим медработникам, так и пациентам. «Мы обсудили первые результаты работы регионов — участников пилотного проекта новой системы оплаты труда, в котором задействованы ряд субъектов РФ, и пришли к выводу, что в этом вопросе они существенно продвинулись по отношению к федеральным учреждениям здравоохранения. Заинтересованность работника медучреждения меняет и его отношение к пациентам». Вместе с тем, по словам Голиковой, «существует беспокойство, которое высказывают, в частности, профсоюзы, что руководителями медучреждений могут быть узурпированы полномочия при установлении самостоятельной оплаты труда. Чтобы не спровоцировать эту узурпацию, адекватно среагировать на ситуацию, заранее будут приняты соответствующие методические указания, установлены критерии оценки деятельности работников, переходящих на новые условия оплаты труда, и они станут условиями трудового договора».

Источник: medportal.ru

Не пей водичку из колодца...

Воду лишь 1 из 50 московских природных источников можно пить без опасности для здоровья, а из 19 купальных зон пригодными для купания остались только 11. По данным Роспотребнадзора, разрешено пить воду только из родника «Царевна-лебедь», расположенного на территории лесопарка «Покровское-Стрешнево» на северо-западе Москвы. Употребление воды из остальных 49 источников допускается только после фильтрации и не более одного стакана в день. Из 19 купальных зон, расположенных на территории города, пригодными для купания остались лишь 11. Остальные, в том числе Верхние Царицынские пруды, Борисовский пруд и Кусково, перешли в разряд зон отдыха. При этом водопроводная вода соответствует всем санитарным нормам и пригодна для питья. Для ее очистки используются хлорирование и тонкая мембранная очистка.

Источник: РИА Новости

Начало на стр. 7 ↗

рефлюкс-эзофагита. В работе ученицы Андрея Леонидовича Розы Рахимовны Бектаевой, ныне главного гастроэнтеролога Казахстана, было показано, что у больных с болями в левой половине грудной клетки, у которых при коронарографии не выявляются изменений венечных артерий, боли могут быть обусловлены гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью.

Клиника пропедевтики была единственной терапевтической клиникой страны, где терапевты изучали проблему ахалазии кардии. Андрей Леонидович с учениками изучал патогенез, клинику, диагностику и разработал методы лечения ахалазии кардии. Предложенный им метод лечения — пневмокардиодилатация — и опыт более 2000 этих процедур показал, что пневмокардиодилатация может быть хорошей альтернативой хирургическому методу лечения таких больных. Интересы Андрея Леонидовича не ограничивались только заболеваниями пищевода, им детально изучались проблемы хронического гастрита. Изучался патогенез (в частности, соотношение факторов агрессии и защиты), клинические формы (многие из них были впервые описаны, в зависимости от локализации и сопутствующих заболеваний) и совершенствование методов лечения язвы желудка. Практически все противоязвенные препараты, которые были предложены для лечения в 70–80-ые годы, прошли клиническую апробацию в стенах клиники пропедевтики.

Андрей Леонидович очень глубоко изучал проблемы внешнесекреторной функции поджелудочной железы и ввел в клиническую практику такой метод, как секретин-панкреозиминный тест, это метод достаточно трудоемкий, но наиболее информативный, позволяющий получить наиболее полную информацию о состоянии внешней секреции поджелудочной железы. Изучались особенности поражения печени при недостаточности кровообращения, в частности, у больных с пороками сердца, и был предложен метод коррекции функции печени в рамках предоперационной подготовки таких больных. Разрабатывались методы диагностики и консервативного лечения заболеваний желчного пузыря — наша клиника была одной из первых клиник, где успешно применялись препараты урсодезокси-хололевой кислоты для консервативного лечения желчнокаменной болезни.

Совместно с академиком Валентиной Александровной Насоновой изучались особенности поражения органов пищеварения при системных заболеваниях соединительной ткани, в частности, при системной склеродермии, при болезни Шегрена. Изучалась роль желудочно-кишечных пептидов в гастроэнтерологии, гастрин, соматостатин, кальцитонин.

Были изданы несколько сборников о редких и трудно диагностируемых заболеваниях органов пищеварения. А.Л. Гребеневым написано много монографий: «Болезни пищевода» (1971), «Ахалазия кардии» (1976), «Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы» (1978), за цикл этих монографий Владимир Харитонович Василенко и Андрей Леонидович Гребенев были удостоены премии Академии медицинских наук имени Стражеско. Кроме этого «Болезни желудка и 12-перстной кишки» (1981), «Язвенная болезнь» (1987), «Болезни кишечника» (1994) и титанический труд — трехтомное «Руководство по гастроэнтерологии» (1995), которое в основном было подготовлено к печати усилиями именно Андрея Леонидовича Гребенева. Хотя он был в тот момент уже болен, и последний том Руководства вышел уже после его смерти.

Несмотря на большую загруженность, а Андрей Леонидович был еще и заместителем председателя ученого медицинского совета Минздрава, он всегда очень много и охотно смотрел больных. Большое внимание он уделял педагогической работе, не только чтению лекций, но часто сам проводил практические занятия, чтобы убедиться на своем собственном опыте, как студенты овладевают методами непосредственного обследования больных. Кроме этого, он проводил занятия с клиническими ординаторами, субординаторами, со слушателями кружка.

Очень большие усилия прикладывал Андрей Леонидович для координации, для углубления связей между гастроэнтерологами различных союзных республик, а затем и стран СНГ, он понимал, что без углубления этих научных связей развитие гастроэнтерологии невозможно. Андрей Леонидович вел очень большую работу и как заместитель главного редактора журнала «Клиническая медицина». Вначале он был заместителем Владимира Харитоновича Василенко, потом Федора Ивановича Комарова. И в том, что журнал «Клиническая медицина» длительное время остается в числе ведущих медицинских журналов нашей страны, заслуга Андрея Леонидовича была очень велика. Авторитет Андрея Леонидовича и авторитет, которым он пользовался в академии, были безграничны, об этом свидетельствует тот факт, что в 1991 году он был выдвинут составом нашей академии кандидатом в депутаты Верховного Совета СССР.

Интересы Андрея Леонидовича не ограничивались только научными исследованиями, педагогической, лечебной работой, он очень любил музыку, литературу, участвовал в туристических походах, в частности, на Байдарках. Но главной отличительной особенностью, о чем говорят многие, кто его знал, были его личностные человеческие качества, глубокая интеллигентность, порядочность, доброта, готовность прийти на помощь. Именно таким человеком он остается в нашей памяти.

А.А. Шентулин



З.С. Баркаган, А.П. Момот

ДИАГНОСТИКА И КОНТРОЛИРУЕМАЯ ТЕРАПИЯ НАРУШЕНИЙ ГЕМОСТАЗА

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

Начало на стр. 4 ↗

Замечание М.Г. Глезер: «Я против такого мнения, врачи назначать или даже рекомендовать алкоголь не должны ни в каких дозах».

Вопрос: «Как Вы относитесь к физической нагрузке у больных с коронарной патологией и сахарным диабетом?»

Ответ: «Только положительно, наравне с диетой физическая нагрузка у таких больных снижает массу тела, что снижает массу жировой ткани, являющейся основной причиной развития метаболического синдрома, другое дело, что нужна ее коррекция, если имеет место артериальная гипертония или другие осложнения».

Вопрос: «Какой процент составляет инсулинорезистентность среди лиц без метаболического синдрома?»

Ответ: «Около 10%».

Вопрос: «Какой самый ранний клинический симптом метаболического синдрома?»

Ответ: «Прежде всего, постепенная прибавка веса, приводящая в конечном итоге к ожирению, известному фактору риска развития сердечно-сосудистых заболеваний».

Закключение.

В заключение М.Г. Глезер и М.П. Савенков поблагодарили докладчиков за прекрасные сообщения. М.Г. Глезер сказала, что сахарный диабет наносит значительный ущерб здоровью населения. Заболевания сердечно-сосудистой системы при сахарном диабете обусловлены, прежде всего, нарушением углеводного обмена, вот почему основное лечение начинается с компенсации сахарного диабета. Правильная коррекция углеводного и липидного обмена способствует предупреждению развития ИБС при сахарном диабете. А если учесть, что сахарный диабет 2 типа часто протекает с артериальной гипертонией, которая несет различный характер, то артериальное давление необходимо снижать до целевого уровня, составляющего при сахарном диабете — 130/80 мм рт. ст., что улучшает течение сахарного диабета. В таких случаях наряду с сахароснижающими препаратами показаны иАПФ, бета-блокаторы, диуретики. М.П. Савенков добавил, что больных с коронарной патологией, артериальной гипертонией, протекающей на фоне сахарного диабета, лечить следует более агрессивно, подбирать комбинации препаратов порой индивидуально, титровать дозы, осуществлять за ними более тщательный контроль.

«А по краям и берегам морским драгоценных камней — алмазов, яхонтов, изумрудов драгоценных, бисеру и жемчугу — добре много» — так представляли себе «роскошное житие» наши пращуры в конце XVII в. Однако драгоценными камнями не только восхищались, их активно использовали в лечебном деле.

«Тихий ужас» при русском дворе. О дорогих камнях благо-склонно упоминают ассирио-вавилонские тексты и Ветхий Завет, а Европа в Средних веках просто с ума по ним сходила, особо особы царственные. Королева английская Елизавета с трудом передвигалась на приемах под гнетом своих бесценных уборов, король Генрих III носил до сотни колец на пальцах, Людовик XIV сгибался под тяжестью бриллиантов на сумму в 12 млн франков и т. д. Про наш двор и говорить нечего, даже западные послы, вполне избалованные роскошью своих дворов, приходили в «тихий ужас» (по словам писцов), видя наряды наших царей и их жен. Впрочем, драгоценные камни радовали не только глаз. Лечебники и письменные источники многих народов подробно описывают и красоты драгоценных камней, и лечебную силу замечательных минералов. Это была целая наука.

Никогда не пейте толченых алмазов! Вера в сверхъестественную силу камней особенно развилась в средневековой Европе, именно тогда они стали входить в состав различных лекарственных средств. Это кажется нелепостями и предрассудками, но во времена небольших аптек и особенно при лечении нервных болезней (где воображение — главный доктор) камни действительно помогали. К тому же удачные излечения всячески пропагандировались, а неудачи, как всегда, замалчивались.

В начале 20 века об этом писали так: «Когда говорили больному, что изумруд, помещенный в изголовье его постели, должен исцелить его от ипохондрии, предотвратить кошмар, успокоить биение сердца, содействовать успеху предприятия, рассеять душевную тоску, то во многих случаях наступало исцеление единственно только благодаря вере больного в действенность средства». В общем, подтверждение арабской мудрости: «Есть лекарства от любой болезни, если известны ее причины».

Парацельс без тени сомнения давал больным растертые камни для приема внутрь: например, прописывал в порошок красные шпинели. Этот великий практик был и великим изобретателем, он первым ввел в употребление минеральные лекарства, которые называл химическими — ртуть и мышьяк. А так как в то время смотрели не на отдаленные последствия, а на сиюминутный эффект, Парацельс заметил преуспел в своем деле. У него многие драгоценные камни шли в мази: рубин, например, использовался от раковых язв.

Весьма любили камни москвиты. Англичанин Горсей, бывший в царствование Ивана Грозного в Москве, записал свой разговор с царем. «Посмотрите на этот чудесный коралл и на эту бирюзу, — говорил Горсею Иван Грозный, — возьмите их: они сохраняют природную яркость своего цвета; положите их теперь мне на руку, я заражен болезнью; смотрите, как они тускнеют; это предвещение моей смерти... Вот алмаз, блеском дороже и ценнее всех прочих. Никогда я не любил его, он укрощает ярость и сластолюбие, дает воздержание и целомудрие. Лошадь, не то, что человек, умрет от малейшей частицы его, истертой в порошок и данной в питье. Вот рубин: он врачует сердце, мозг, силу и память человека». Как видим, Иван Васильевич был весьма искушен в познаниях о свойствах чудодейственных камней, хотя алмазный порошок вряд ли применял: плаха была и дешевле, и надежнее.

Нас не отравят! Продолжим об алмазе, камне самом желанном и дорогом. Действительно, с этим минералом все непросто: везде бытовало поверье о смертоносном влиянии алмазного порошка. В России даже были открыты несколько дел, в которых жены обвинялись в отравлении мужей именно таким недешевым способом. Этого же боялись и арабы: по их поверью, толченый алмаз вел к смерти. Однако алмаз в своем естественном состоянии благороден и хорош: те же арабы считали, что он «сгоняет с лица пестрый цвет», что носящий его угоден царям, а слова его уважают, владелец его зла не боится, не будет страдать желудком, не потеряет память и всегда будет весел. Армяне верили, что алмаз, привязанный к руке рожающей женщины, помогает безболезненно разрешиться от бремени, но и они боялись толченого камня. В старинных лечебниках находим: «если камень алмаз воин носит на левой стороне во оружиях, тогда бывает спасен от всех супостатов своих и сохранен бывает ото всякия свары и от нахождения духов нечистых. Тот же алмаз, кто его при себе носит, грезы и сны лихие отгоняет. Алмаз при себе держати тем людям, кои страдают лунным страданием, и на которых нощию стень находит... Алмазом камнем еще беснующегося человека осяжет, тогда та болезнь прменится». Индусы вводят нашим лечебникам (вернее, мы — им). Те делили алмазы на чистые и нечистые, и «хорошие» обладали замечательными свойствами: отгоняли неприятеля, предотвращали опасность от молнии, яда (!), доставляли всевозможные блага. А вот плохие алмазы давали проказу, плеврит, желтуху и даже хромоту. Впрочем, имелись обряды их очищения.

О бриллиантах тоже рассказы невеселые. Так, знаменитый Кохинур (Коинур), самый старый на земле, известен дурной славой: из 18 государей Индостана, по очереди вла-

девших сокровищем, ни один не умер своей смертью. Впрочем, со времен королевы Виктории он находится в казне королевского дома Англии и вроде ничего особенно там не происходит, кроме семейных неурядиц королевской фамилии.

В иерархии минералов далее следует изумруд. В смысле лечебных свойств видим здесь обратную картину: древние считали, что толченый изумруд, принятый в питье, «уймет смертоносную ядость и укушение змей заживит... Аще кто на изумруд часто зрит, тогда зрак человеческого укрепляет; и очи от прилучающихся недугов во здравии сохраняет, носящему его веселость наводит. Тот же камень толчен в питии приять, пользует прокаженным и печени и желудковым болезнем помогает». У арабов изумру-

ДРАГОЦЕННЫЕ КАМНИ НАРУЖНО И ВНУТРИ

Е. Казеннова



ду тоже слава: они камень растирали, смешивали с шафраном и прикладывали к больным глазам. А еще его использовали от кровавого поноса, черного кашля и как противоядие (два карата с верблюжьим молоком — всего-то). Для исцеления от яда змеи или скорпиона смешивали изумруд с розовой водой, заговаривали и прикладывали к ранке; рекомендовали носить его от тоски и ипохондрии. Изумруду приписывали целительную силу против падучей болезни, понашему, эпилепсии.

Еще один чудодейственный камень — жемчуг. Творцом этого шедевра является невзрачный моллюск. Происходит все очень прозаично: как только в его раковину, в мантию попадает посторонний предмет (песчинка), он тут же обволакивает его пленкой, защищая от незваного гостя. Именно в этом «кармашке» и образуется жемчуг, а моллюск в порядке, цел и невредим. Жемчуг по своему составу не камень, он живой, но причислен к драгоценностям за свою красоту. Он может и болеть, и умирать: тускнеет, теряет блеск. По старинному поверью такой жемчуг можно вылечить, если непорочная девушка испугается с ним в море 101 раз. Жемчужный порошок употреблялся при золотухе, костоеде, а модницы из растертых жемчужин готовили белилу для лица. Жемчуг тертый с сахаром давали больным, и он был известен у древних фармацевтов под именем «моиус кристи». Впрочем, целебные свойства, приписываемые жемчугу, лишили человечество многих драгоценных экземпляров. История запечатлела среди особенно злых «пользователей» египетскую царицу Клеопатру, выпившую однажды с вином прекрасную жемчужину, а также одного из самых расточительных и кровавых римских цезарей, Гая Калигулу, пившего драгоценные жемчужины, растворенные в уксусе.

Когда-то на Руси очень были популярны красные камни (сплошь привозные). Звали их яхонтами и приписывали им много добродетелей: «Кто яхонт червленый при себе носит, снов страшных и лихих не увидит... аще кто в солнце смотрючи, очи затемнит, тогда ему поможет... аще кто яхонт носит в перстне при себе, тот и скрепит сердце свое и в людях честен будет». Драгоценный рубин, легендарный камень Востока олицетворял власть, могущество, считалось, что доброго человека рубин делал еще добрее, но злого превращал в дьявола.

В числе особо целебных камней была бирюза. Она у всех считалась камнем удачи, здоровья, счастья. Ее находили еще в гробницах египетских фараонов, в захоронениях Средней Азии. А на Тибете бирюзу не просто любили — считали живым существом. На Востоке из нее изготавливали охранительные амулеты, а русские кавалеристы верили, что она спасает от опасных падений с лошади. По персидским поверьям, бирюза образовалась из костей людей, умерших от любви, и ни один камень не играл в человеческих суеве-

ИнтерНьюс

Скоро у нас не останется никаких тайн

Госдума приняла в первом чтении разработанный правительством законопроект «О государственной геномной регистрации в Российской Федерации». Согласно законопроекту, в России будет сформирована федеральная база данных геномной информации. «Это поможет повысить эффективность работы по установлению личности погибших и умерших лиц, чьи трупы не опознаны иными способами, а также будет способствовать раскрытию и расследованию преступлений, в первую очередь, терактов, убийств и изнасилований. Кроме того, сам факт существования банка ДНК-информации станет своего рода профилактикой преступлений: зная о нем, злоумышленники почувствуют неотвратимость наказания и, возможно, воздержатся от совершения противоправных деяний, — привел доводы в пользу нововведения представитель правительства РФ в Государственной думе Андрей Логинов. — При подготовке законопроекта учитывался положительный международный опыт. Например, в Великобритании, которая первой из стран законодательно закрепила сбор ДНК-информации, при помощи аналогичной базы еженедельно раскрывается 2 000 преступлений». Законопроект предлагает обязательную геномную регистрацию для лиц, осужденных и отбывающих наказание в виде лишения свободы за совершение тяжких или особо тяжких преступлений; для неустановленных лиц, биологический материал которых изъят с мест происшествий; и неопознанных трупов. Также правительство не исключает, что в дальнейшем будет введена обязательная геномная регистрация для военнослужащих. Все остальные граждане получают возможность пройти добровольную геномную регистрацию, для чего им придется написать заявление и внести установленную правительством плату. Проводить ДНК-анализы планируют поручить учреждениям судебно-медицинской экспертизы, входящим в государственную систему здравоохранения, совместно с экспертными подразделениями федерального органа исполнительной власти в области внутренних дел или его территориальных органов. По предварительным расчетам, на создание базы данных придется выделить из федерального бюджета порядка полутора миллиардов рублей (на период с 2009 по 2011 гг.). Деньги потребуются на проведение исследований ДНК-фрагментов, приобретение автоматизированных комплексов геномных анализов, а также специальных носителей для хранения биологического материала живых лиц и контейнеров для хранения и пересылки анализов неопознанных трупов. Парламентарии единогласно проголосовали за принятие законопроекта в первом чтении, хотя и усомнились по поводу соответствия предложенных в нем мер этическим нормам. Основания для таких сомнений есть: анализ любого фрагмента ДНК открывает полную информацию о человеке и в случае попадания в руки злоумышленников может сослужить плохую службу зарегистрированному в базе данных («генетические коды» будут теряться и продаваться, так же как базы личных адресов, телефонов и ИНН).

Источник: tma.ru

Интернет представляет угрозу наркотизации

Национальный центр по изучению наркоманий и зависимостей США (CASA) обнаружил, что большинство американских интернет-магазинов лекарств продает контролируемые препараты без рецепта врача, несмотря на незаконность подобной практики. По данным Управления по борьбе с наркотиками (DEA), контролируемые лекарства составляют 85% от объема продаж интернет-аптек, в то время как в обычных аптеках их доля составляет лишь 11%. Исследователи из CASA использовали поисковые серверы Google, Yahoo и MSN для поиска интернет-магазинов лекарств. Из 365 найденных аптек 206 были рекламными, перенаправляющими пользователя к продавцам. Из 159, напрямую торгующих лекарствами, 135, или 85% не требовали рецепта при продаже контролируемых препаратов. Кроме того, было обнаружено несколько ресурсов, торгующих рецептами.

Источник: medportal.ru

Продолжение на стр. 10

ИнтерНьюс

Корь возвращается. Не только к нам

Корь остается одной из основных причин детской смертности в бедных странах. Ежегодно жертвами инфекции становятся около 250 тыс. человек в мире. Ликвидация кори в США стала возможной благодаря программе вакцинации 1963 г. В 2000 г. было объявлено о прекращении распространения вируса. Тем не менее, в стране периодически возникают вспышки завозной инфекции. Наиболее крупной за последние годы считалась вспышка 1996 г., когда в США было зарегистрировано 508 случаев кори. Работники здравоохранения страны постоянно подчеркивают важность иммунизации детей против кори для предотвращения вспышек инфекции. В то же время растет число противников вакцинации, опасющихся развития аутизма у ребенка, а также выступающих против прививок по религиозным и иным соображениям. Нынешняя вспышка кори в США поразила 127 жителей из 15 штатов. По свидетельству CDC, вирус кори, ставшей причиной вспышки в США, был завезен людьми, вернувшимися из поездки за границу. Установлено, что первые пациенты заразились в одной из 10 стран, в частности, в Швейцарии, Израиле, Бельгии и России. После этого инфекция быстро распространилась среди американцев, невакцинированных против кори.

Источник: medportal.ru

Россия оплатит борьбу с полиомиелитом

Россия уплатит в 2008—2009 годах взнос за счет средств федерального бюджета в ВОЗ в общей сумме 10 млн долларов (по 5 млн долларов в год) на финансирование мер, направленных на ликвидацию полиомиелита в мире. Соответствующее распоряжение подписал премьер-министр РФ Владимир Путин по предложению Минфина, согласованному с МИДом и Минздравсоцразвития РФ.

Источник: mma.ru

Девушки могут похудеть и без диет

Доктор К. Берки из Гарварда отметила, что девушки, вступающие в юношеский возраст, часто прибавляют в весе больше нормы, однако причины этого не всегда были ясны. Ученые обследовали более 5 тыс. девушек от 14 лет до 21 года в 50-ти штатах США. Участниц эксперимента попросили описать свой образ жизни в течение прошедшего года, в частности, сколько часов они тратили на сон, интернет (исключая время на работе или в школе), сколько пили спиртного и кофе. Кроме того, они должны были сообщить свой рост и вес в начале и в конце этого периода. Результаты показали, что чем больше времени девушки проводили в интернете, чем больше пили алкогольных напитков и меньше спали, тем выше оказалась прибавка в весе к концу года. Так, девушки 18 лет и старше, которые 2 или более раза в неделю пили алкогольные напитки и спали менее 6 часов в сутки, а также проводили много времени в интернете, набрали примерно на 2 килограмма в год больше, чем другие участницы эксперимента. Ученые не обнаружили связи между потреблением кофе и прибавкой веса, однако отметили, что эта информация была получена прежде, чем высококалорийные кофейные напитки стали популярными.

Источник: Journal of Pediatrics

Теперь вашим донором совершенно официально может быть наркоман, гомосексуалист, проститутка

Вступил в силу приказ Минздрава РФ о внесении изменений в действующий порядок обследования донора крови и ее компонентов. Из нового текста приказа исчез пункт, где указывалось, какие именно группы риска не допускаются к сдаче крови (наркоманы, гомосексуалисты, проститутки). Дать отвод «подозрительным» донорам должен врач-трансфузиолог, если у него возникнут сомнения — не ведут ли будущие доноры неподобающий образ жизни... Прежде температура тела ниже 36 и выше 37 градусов могла стать препятствием к донорству. Однако теперь нижнюю границу решено убрать, также смягчили требования к артериальному давлению — так, показатель систолического давления должен быть в пределах 90—160, а не 90—140, как прежде. Сердцу донора можно биться «по-новому» — теперь нормой объявлены показатели от 50 до 100 ударов в минуту (прежде — от 60 до 80 ударов).

Источник: gzt.ru

Начало на стр. 9

риях и лечебном деле такой важной роли. Тысячу лет назад на Востоке писали: «Ношение ее подвешенной укрепляет сердце, устраняет страх, дает победу над врагами, предохраняет от потопления и ударов молнии. Бирюза препятствует приближению змеи и скорпиона. Если на бирюзу взять немного сурьмы и помазать веки, то для глаз бывает большая польза. Созерцание бирюзы по утрам способствует сохранению зрения и увеличению его силы».

Замечательными свойствами обладал, по старинным лечебникам, аметист: пьянство отгонял, лихие мысли удалял, делал разум добрым и помогал в добрых же делах; оберегал от недругов, укреплял память, помогал от бесплодия, а также в ловле диких зверей и птиц. Кстати, у греков аметист служил символом трезвости: полагали, что вино, выпитое из аметистового сосуда, не опьяняет. Считалось даже, что аметист, подаренный любимым, обладает свойством разглаживать морщины. Он был и талисманом-барометром: если днем камень приобретал кровавый цвет, жди вечером бурю.

Лал, или шпинель, в древности также употреблялся как лекарственный, из него готовили род лекарственной каши, которая, принятая внутрь, веселила человека, придавала румянец, поддерживала желудок в порядке. Говорили, что ношение лала предохраняет от боли в пояснице, бесов и худых снов. К тому же, лал «похоти телесные» унимал и утолял жажду, если его клали в рот. И еще он укреплял зрение. В общем, вещь в аптечке необходимая.

«Кошачий глаз» предохранял от проказы, чесотки, оберегал имущество и увеличивал благоразумие. К тому же его хозяин мог пить сколько угодно, не пьянея.

В числе камней, укреплявших зрение, был берилл или аквамарин. Истертый в порошок, он впускался в глаз от бельма, а еще служил присыпкой в борьбе с проказой и заодно снимал с зубов «ржавчину».

Сердолик предохранял от козней врагов и способствовал при родах легкому разрешению от бремени, хранил от опасности быть раздавленным под руинами во время землетрясений. От опасности при землетрясениях предохра-

нял и нефрит. Этот камень был особо любим народом майя: они им лечились, делали из него посмертные маски — это богатые, а бедным в последний путь клали кусочек нефрита в рот.

Ляпис-лазурь славился чудесами при излечении глазных болезней; кораллы помогали от болезни кишок и желудочной болезни, от боли в селезенке.

Яспис, или яшма, тоже излечивала многие болезни. Яшма — священный и любимый камень Китая, воплощение творческой силы неба и всех человеческих добродетелей. Кусочек яшмы вкладывали в рот усопшему: китайца сопровождал в последний путь именно этот камень. Предметами из белой яшмы («яшма как бараний жир») мог пользоваться только император.

Много преданий связано с янтарем. Считалось, что он облегчает состояние человека при тяжелой болезни, придает коже чистоту и гладкость. Во времена Нерона царствовала янтарная мода, и Плиний писал, что маленькая фигурка из янтаря стоила дороже раба.

Календарь счастья. Во времена стародавние был составлен каталог из 325 известных в то время драгоценных камней. В Европе эти камни распределили между 12 знаками зодиака и каждому знаку, а потом и каждому месяцу, посвящая один какой-либо камень. «Календарь счастливых камней» переписывался не раз и, наконец, Международная ассоциация ювелиров «утвердила» исправленный по первоисточникам список: январь — гранат, февраль — аметист, март — аквамарин, апрель — алмаз, май — изумруд, июнь — жемчуг, июль — рубин, август — хризолит, сентябрь — сапфир, октябрь — опал, ноябрь — топаз, декабрь — бирюза. Верить или нет этому календарю — вольному воля, а вот у древних римлян был весьма благоразумный обычай: переживая большую радость, они клали на полку белый чистый камень, чтобы в конце года подсчитать, сколько было хороших дней. В наш век ремейков было бы интересно возродить традицию, пусть даже и не с мраморами, а, например, морской галькой, собранной в один хороший день в каком-нибудь неплохом месте. Терапевтический эффект будет обеспечен. И незачем переводить в порошок фамильные драгоценности.

Программа заседаний МГНОТ на сентябрь—октябрь 2008 г.

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

Дата, автор	Тема, аннотация
24 сентября 2008 года, среда в 17.00 Проф. А.В. Недоступ (ММА им. И.М. Сеченова)	Трудности и спорные вопросы терапии аритмий. Лечение аритмий в клинической практике традиционно считается непростой задачей. В значительной степени это обусловлено объективными факторами — обилием разновидностей нарушений ритма, достаточно высокой агрессивностью антиаритмической терапии с возникновением ее тяжелых осложнений, появлением новых, интервенционных способов терапии аритмий. В сообщении будут обсуждаться трудные и спорные вопросы лечения синусовой тахикардии, дисфункции синусового узла, экстрасистолии, мерцательной аритмии, пароксизмальной тахикардии и АВ-блокада, а также некоторые аспекты современной классификации аритмий
8 октября 2008 года, среда в 16.30	Заседание Правления и Ревизионной комиссии
8 октября 2008 года, среда в 17.00 1. Проф. Н.А. Шостак, проф. Н.Ю. Карпова, канд. мед. наук М. Рашид (РГМУ) 2. Проф. Н.А. Шостак, проф. Н.Ю. Карпова, канд. мед. наук М. Рашид (РГМУ)	1. Кальцинированный аортальный стеноз в практике терапевта — вопросы диагностики 2. Кальцинированный аортальный стеноз и остеопороз — клинико-лабораторные сопоставления В докладах будут представлены современные вопросы этиологии, патогенеза аортальных стенозов. Дана классификация кальцинированного аортального стеноза, освещены вопросы диагностики и ведения больных
22 октября 2008 года, среда в 17.00 Проф. А.Л. Сыркин (ММА им. И.М. Сеченова)	1. Варианты ишемической болезни сердца и основы врачебной тактики ИБС представлена широким спектром клинических вариантов: от малосимптомных стабильных форм до острого инфаркта миокарда и внезапной смерти. В докладе рассматриваются основы терапевтической, инвазивной и хирургической тактики 2. Клиническая демонстрация

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

Правление МГНОТ

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

СНОВА!

Как получить нашу газету?

СНОВА!

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

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

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

Купон высылайте в конверте по адресу:

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

ПИСЬМА

Уважаемые товарищи.

Благодарю Вас за присланный опросник по моему состоянию здоровья как больного гемофилией. Это очень хорошо, что наконец нас стали обеспечивать фактором свертывания для самостоятельного оказания первой помощи при обострениях нашей болезни. Понятно также, что этот опросник сделан в основном для выяснения значения этой помощи для больных и, конечно, для статистических данных по употреблению этих дорогостоящих препаратов. Конечно, — это неоценимая помощь больным, которые теперь стали гораздо реже обращаться в стационары, что представляло всегда очень большие не только физические, но и моральные проблемы и трудности. Теперь стало значительно легче, когда мы сами ставим себе укол при только начинающемся обострении. Если бы эта помощь оказывалась уже лет 20—30 назад, как бы это было хорошо, когда еще было больше сил и был трудоспособный возраст. Но это я о себе, а если сейчас еще ребенок или молодой человек, то, конечно, он может сохранить здоровье лучше, чем это было до применения этих препаратов.

Теперь я хотел бы все-таки написать о себе, своем состоянии здоровья в данный момент, ведь мне уже 67 лет, а таких, как я, еще наверное много. Не все же умирают рано, хотя вот я лично мог умереть уже много раз, но все как-то обходилось.

Так вот, родился я в 1940 году в деревне. Отца я фактически не знал потому, что мне было 2 месяца, когда его взяли на войну и там он погиб в первые же дни (во 2-й Белорусской армии). И все время он считался «без вести пропавшим». Болезнь началась у меня в 2 года, но кто бы об этом знал, ведь тогда и науки гематологии еще не было. А время было военное и послевоенное, когда я пошел в школу. Болели периодически суставы, их грели и т. п. Орал при сильной боли... через 2 дня все проходило. Кроме того, у меня часто шла кровь из носа, вплоть до 17 лет. Наклонялся над ведром, и так она шла, пока не останавливалась сама, говорили (бабушка и мама), что большая кровь. (Сразу скажу, как она перестала течь периодически. Я тогда, уже будучи в Челябинске, интросовался системой Йогов. Я начал промывать нос соленой водой и это, видимо, укрепило сосуды, и больше кровотечений из носа не было. До этого я страдал еще и из-за этого).

Доучился я в деревне до пятого класса, когда мама поняла, что здоровье мое в деревне не поправить, и кроме того, в деревнях в то время создавались такие условия, что надо было уезжать в город. Вот мама и приехала в Челябинск. Были мы совсем нищие, ничего у нас не было, ни квартиры, ни одежды приличной. Стал учиться в городской школе. Там некоторые родители помогли нам с одеждой для меня, сейчас уже не помню точно, как это было, но мы были очень благодарны за это. Ведь тогда еще и хлеба было купить тяжело. При очередном обострении положили меня в детское отделение городской больницы. Там мне врач поставил диагноз туберкулез костей (ведь была припухлость и боль), хотя на самом-то деле его не было. Направили в Троицкий костнотуберкулезный санаторий. Там я пролежал 1,5 года. Ноги в гипсе. Но однажды я проснулся, а на руке у меня с внешней стороны большой волдырь и, наверное, боль была — не помню. Врач засомневалась, что у меня туберкулез, написала маме письмо. Заподозрила, видимо, гемофилию. Наверное, спрашивала о наследственности, но мама ей ничего определенного сказать не могла потому,

что явных признаков такой болезни вроде ни у кого не прослеживалось. И все-таки врач была умная и поставила правильный диагноз — гемофильный артроз. Ну, а лежание в гипсе 1,5 года сказалось тем, что суставы в коленях у меня полностью не стали сгибаться, т.е. образовались контрактуры в коленях, голеностопном правом, а позднее и в локтевых и частично в плечевых. А сейчас все это сказывается. У меня большие трудности с входом в общественный транспорт, суставы сгибаются только на 50% и меньше. Ничего, конечно, с этим поделать, видимо, нельзя, ведь мне уже 67 лет. Если коротко, то, в общем, с большими жизненными трудностями я окончил среднюю школу, затем медуниверситет. Работал 1 год в горвендиспансере фельдшером, затем 6 лет клиническим лаборантом в МСЧ ЧГЗ. Тогда кроме переливаний антигемофильной плазмы, а затем криопреципитата я часто употреблял при обострениях настойку Лагохидуса. Это из травы, которая растет в Таджикистане и Узбекистане. Она хорошо помогала при обострениях. Но с перестройкой ее перестали выпускать, что очень жаль. После этого я поступил на заочное отделение Уральского Госуниверситета по специальности «История искусств», потому что с детства любил рисовать, а в художественное училище поступать не стал, что с моей болезнью было невозможно. А так я стал бы все-таки ближе к искусству. В общем, Университет я тоже закончил, можно сказать, в постели. Затем работал в Кинешневском Республиканском художественном музее, потом в Ростовском Историко-художественном комплексе (Яро-

славской области). К тому времени у меня была семья, маленький сын. Но из всех мест пришлось вернуться по причине гемофилии. Работал до самой перестройки художником-оформителем, а там и пенсионный возраст подошел. В общем, несмотря на все эти трудности, тяжелую судьбу, проработал я 40 лет. Теперь мне очень трудно жить из-за возрастных изменений, произошедших в организме, тоже по причине несвертывания крови. Однажды съел некачественный банан, как потом оказалось, он был заражен лямблиями, в результате потерял половину крови, лечился после этого 2—3 года. Попутно обнаруживали полипы в кишечнике. А в прошлом году сначала ничего не понял, 3 дня был черный стул. И только когда стал уже падать, понял, надо вызывать скорую. Положили, обнаружили язву 12 перстной кишки. Хотя не курю и не пил никогда, как многие. Сейчас (но уже года 3—4) меня шатает при ходьбе, повысилась давление, ставят диагноз — гипертония — это меня угнетает больше всего. И почему это у меня, никто ничего не может сказать, ни гематологи, ни терапевты. Но я знаю — это склеротические изменения в костях, сосудах и везде, хотя холестерин и другие биохим. показатели в норме. Когда я был еще моложе и работал в медицине, при обострениях мне делали на суставы рентгенотерапию

как склерозирующее действие. После этого обострения в течение года были реже, затем снова все по-прежнему. Может, и это сказалось. Тоже бывают проблемы с зубами. Но теперь, с получением фактора, стало легче. Приходишь в больницу, спрашивают, препарат с собой, если есть, кладут, делают удаление под наркозом. Мне удалили так 3 зуба. Конечно, мы — гемофилики стали реже бывать в стационаре. Уже это одно — большое благо. У нас в Челябинске нас при обострении кладут в травматологическое отделение хирургии. А там, как правило, лежат травмированные, часто пьяные, бомжи, алкоголики, и т. п., в палатах курят, а санитарок не хватает. В общем, те еще проблемы, хотя, конечно и там помощь оказывают, но вообще-то логичнее нам лечиться было бы в гематологическом отделении областной больницы, где есть гематологи, или если в городской, то в терапии. Мы хирургам не нужны были никогда. А в областной б-це лечатся и те

как склерозирующее действие. После этого обострения в течение года были реже, затем снова все по-прежнему. Может, и это сказалось. Тоже бывают проблемы с зубами. Но теперь, с получением фактора, стало легче. Приходишь в больницу, спрашивают, препарат с собой, если есть, кладут, делают удаление под наркозом. Мне удалили так 3 зуба. Конечно, мы — гемофилики стали реже бывать в стационаре. Уже это одно — большое благо. У нас в Челябинске нас при обострении кладут в травматологическое отделение хирургии. А там, как правило, лежат травмированные, часто пьяные, бомжи, алкоголики, и т. п., в палатах курят, а санитарок не хватает. В общем, те еще проблемы, хотя, конечно и там помощь оказывают, но вообще-то логичнее нам лечиться было бы в гематологическом отделении областной больницы, где есть гематологи, или если в городской, то в терапии. Мы хирургам не нужны были никогда. А в областной б-це лечатся и те



гемофилики, которые живут в городе, но это уже, как говорят, «имеет значение человеческий фактор». Сейчас я лично оказываю себе помощь при незначительных обострениях сам. Ставлю в ногу — или в руки фактор. Стало, конечно, спокойнее на душе. Я ведь художник. Член Союза художников, и не работать не могу. Хотя за картины никто не платит, но на выставках участвую. И стало меньше боли при обострениях, если успеешь вовремя поставить. Конечно, хотелось бы полечиться где-нибудь в санатории, но хотят ведь многие, со всякими болезнями, а сил у гемофиликов, чтобы хлопотать по путевке, слишком мало. Так что это только желание и все.

Спасибо Вам за письмо, если будут какие новые рекомендации, присылайте. Как на журнал «Геминформ». Я мог бы написать о себе и больше, но, может, это и не интересно никому.

Мои картины можно увидеть на сайте Челябинской организации Союза художников России по адресу: www.shr-chel.ru. Если будет интересно, то можно послать для журнала «Геминформ» репродукцию, одной из последних моих работ. Мне пришло в том году 2 журнала. Большое спасибо.

В журнале «Геминформ» был помещен паспорт Больного гемофилией. Мне кажется, было бы логично вставить на обложку эмблему Всероссийского общества гемофилии. Я подумал, примерно вот так. Так он выглядит вроде интересней? Хотя не в этом главное. Но я художник и посмотрел на это со своей колокольни. До свиданья. Всего вам доброго и спасибо за письмо. А. Ваганов.

ИнтерНьюс

Мода на костыли

«Простите, а у вас, я смотрю, модная модель костылей?» Согласитесь, странный вопрос. А если он адресован одним хромым другому? Между тем он странный не для Америки... Аппаратик Roll-A-Bout, который производит одноименная американская корпорация, — это современный костыль. И предназначен он для тех, кто временно не может ходить на своих двоих: из-за перелома лодыжки, вывиха голеностопа, поврежденного сухожилия, перенесенной операции на ноге и в иных схожих случаях. Главное — чтобы больное место располагалось ниже колена. Roll-A-Bout — это целая линейка моделей, отличающихся сложностью конструкции и ценой. Принцип их действия прост. Человек опирается коленом больной ноги на подушечку, закрепленную на раме этой тележки, а руками держится за руль или за часть рамы. Поврежденная часть конечности при этом полностью разгружается. Дальше все очевидно. Даже утка-инвалид освоила аналогичную технику. Авторы этой системы подчеркивают: перемещение получается очень естественным и похожим на то, как человек ходит на двух ногах. А стоит ему только перенести тяжесть тела на здоровую ногу, как руками он может приподнять «самокат», резко меняя направление движения. Самокаты для инвалидов еще и складываются. Потому любые опасения, что с этим изделием можно где-то застрять, — напрасны. При этом ни по размеру, ни по весу их с инвалидным креслом их не сравнить. Если учесть простоту устройства, то цены не так уж скромны: от \$499 за самую небольшую до \$739 за самую навороченную модель (это ATV — то бишь внедорожник, у нее увеличен размер колес). В США существуют организации, которые выдают костыли-самоходы направо. Некоторым пользователям этого изобретения не повезло: они ломали ноги дважды. И попробовав в первый раз поехать на Roll-A-Bout, они во второй и слышать об иных «опорах» не желали. Остается добавить, что столь полезное изобретение было сделано бизнесменом Р. Аксеттой, занятым в строительной индустрии, практически случайно: 14 лет назад его друг повредил ахиллово сухожилие, и Род задумался, как облегчить страдания больного. Тогда-то Аксетта и догадался сделать подставку для ноги на колесиках. Впоследствии предприимчивый американец наладил серийный выпуск своей «дощечки». А ныне она эволюционировала в девять моделей, продающихся в количестве 3 тысяч штук в год.

Источник: tma.ru

«Витурид» — попытка № 2

Троим медикам, проживающим и работающим на территории Карелии, предъявлено обвинение в торговле ядовитыми веществами. Согласно материалам уголовного дела, сотрудники медицинского центра «Меркуриус» реализовывали в Петрозаводске запрещенный к продаже препарат «Витурид». В мае 2008 года в столице Карелии был обнаружен склад с «Витуридом». Экспертиза подтвердила, что лекарство содержало опасные концентрации соединений ртути. По данным следствия, курс «Витурида» обошелся больным более чем в 9 тысяч рублей. Точное число успевших приобрести препарат остается неизвестным. Задержанным медикам предъявлено обвинение по части 2 статьи 234 УК РФ — незаконный оборот ядовитых веществ. Препарат «Витурид», представляющий собой раствор высокотоксичного соединения — дихлорида ртути (сулемы), никогда не был зарегистрирован в России, несмотря на то, что попытки его легализации неоднократно предпринимались в 90-х годах прошлого века. Широкомасштабная торговля «Витуридом» продолжалась в Карелии вплоть до 2004 года, когда его реализация была запрещена по требованию Генеральной прокуратуры РФ. Тогда пострадавшими в результате лечения «Витуридом» были признаны более 1,5 тысяч человек. Разработчики «Витурида» Татьяна и Владимир Воробьевы пропагандируют его как эффективное лекарство от рака, ВИЧ, гепатита, герпеса, псориаза и многих других заболеваний. В Интернете продолжают работать несколько сайтов Воробьевых. На одном из них размещено объявление о продаже пакета патентов на «Витурид». Стоимость пакета оценивается в 800 миллионов долларов США.

Источник: medportal.ru

ИНФОРМАЦИОННОЕ ПИСЬМО

Уважаемые коллеги!

Курс Стандартизация 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»

ПИСЬМА

Профессору Воробьеву П.А.!

Прошу Вас помочь мне разобраться в моем вопросе. Вот уже 3 года у меня диагноз — хронический остеомиелит правой ноги с выделениями, опухолью и открытой раной. По радио фирма «Мир здоровья» сообщила о лечении артритов, артрозов и т. д. Я позвонила в фирму и мне сказали, что мой диагноз лечится, тут же прислали курьера с «программой», куда входят пластины доктора Лелиуса, порошок «Изабелл», капсулы «Остекаль». Изучив «программу», я поняла, что это лечение мне не подходит. Стала звонить о возвращении, 2,5 месяца шли бесконечные переговоры по телефону (уговоры), но никто ко мне не приехал, не посмотрел на мою ногу. Затем мне объявили, что «программу» у меня не возьмут. «Программа» стоит 29300 руб., а что я должна доплатить еще 14000 руб. Я пенсионерка, инвалид II группы, лежащая больная, живу с мужем-инвалидом, детей у нас нет и заняться и разобраться в моем вопросе некому. Леонтьева Леонила Ивановна

А чем мы можем помочь? Только опубликовать письмо и в который раз призвать жуликов иметь совесть и перестать наживаться на страданиях близких. А страждующим — подумать, прежде чем тратить безумные деньги на неизвестно что.

Медицинские книги издательства «НЬЮДИАМЕД»

New! ПРОТОКОЛ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ. БОЛЕЗНЬ ПАРКИНСОНА 2006 г., 184 стр., м.о.

Под ред. Новодрановой В.Ф., Воробьева П.А. ТОЛКОВЫЙ АНГЛО-РУССКИЙ СЛОВАРЬ терминов, используемых в гематологии 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.Н. МНОГОКЛОННАЯ ГЕМОФИЛИЯ 2006 г., 232 с., тв. п.

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

Горлова 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, диагностика и выбор лечения 2006 г., 254 с., тв.п.

Под ред. Воробьева П.А. ГЕРАТРИЯ 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 изд., 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.

New! 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 ГЕРАТРИИ 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 ДРУГИХ ИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ 2004 г., 64 с., м. о.

П.А. Воробьев-Рыбонина 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 ГЕРОНИЗМ, ДРАМАТИЗМ И ОПТИМИЗМ МЕДИЦИНЫ 2001 г., 200 с., тв. п.

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

Под ред. Л.М. Горюховского ИЗБРАННЫЕ ГЛАВЫ. ГЕРАТРИЧЕСКОЙ УРОЛОГИИ 2000 г., 362 с., тв. п.

Б.П. Богданов 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., Емельяненко В.М., Зайратьянц О.В., Заславская Р.М., Иванов Г.Г., Иващенко В.Т., Кактуский Л.В., Калинин А.В., Калеев А.В., Ключев В.М., Комаров Ф.И., Лазебник Л.Б., Лысенко Л.В., Маколкин В.И., Мартынов И.В., Михайлов А.А., Моисеев В.С., Мухин Н.А., Насонов Е.Л., Насонова В.А., Ноников В.Е., Палеев Н.Р., Пальцев М.А., Парфенов В.А., Погожева А.В., Покровский А.В., Покровский В.И., Потехин Н.П., Раков А.Л., Савенков М.П., Савченко В.Г., Сандриков В.А., Симоненко В.Б., Синопальников А.И., Смоленский В.С., Сыркин А.Л., Тюрин В.П., Хазанов А.И., Цурко В.В., Чазов Е.И., Чучалин А.Г., Шпектор А.В., Ющук Н.Д., Яковлев В.Б.

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: mtpndm@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