



О том, что незнание закона не освобождает от ответственности, это, пожалуй, в России знает каждый. В то, что знание закона необходимо, верит значительно меньшее количество граждан. А уж знают законы, регулирующие профессиональную деятельность в сфере здравоохранения, очень небольшое количество медицинских и фармацевтических работников.

В Институте повышения квалификации специалистов здравоохранения МЗ Хабаровского края совместно с сотрудниками юридического института Тихоокеанского государственного университета было проведено анкетирование врачей, медицинских сестёр, фармацевтических работников на предмет знания ими правовых документов, регулирующих их деятельность, а также исполнение ими требований законов, приказов и прочих нормативных актов.

Полученные результаты превзошли наши самые pessimистические предположения. Из 400 опрошенных только 33% назвали некоторые федеральные законы, регулирующие деятельность в сфере здравоохранения, а отдельные приказы региональных и муниципальных органов управления могли назвать только 18%. При этом следует отметить, что анкетированные не знают базовых нормативных актов, определяющих как права и обязанности специалистов (т. е. свои), так и пациентов. Вероятно, и этим в том числе, можно объяснить всё возрастающее число исков к медицинским работникам со стороны пациентов и игнорирование требований многих документов, регулирующих обращение лекарственных средств, фармацевтическими работниками.

Почему же это происходит, почему мы так не любопытны, почему у медиков не работают хотя бы инстинкт самосохранения? Ведь законы не только обязывают нас к чему-то, они ещё и защищают нас. Причин этого множество, среди которых и традиционное для России пренебрежение к закону, сформулированное ещё М.Е. Салтыковым-Щедриным «Строгость российских законов искупается необязательностью их исполнения» и народом «Закон, что дышло — куда повернул, туда и вышло».

Вероятно, это связано ещё и с тем, что многие российские законы несовершенны, и уже после утверждения требуют доработки, а их требования игнорируются либо нарушаются самой федеральной властью.

Это хорошо иллюстрируется на примере законодательной базы, регулирующей допуск к профессиональной деятельности в сфере здравоохранения.

Ключевым документом, закрепляющим право медицинских и фармацевтических работников на занятие профессиональной деятельностью, является федеральный закон «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан», принятый Верховным Советом РФ в 1993 г.

В статье 54 указанного закона «Право на занятие медицинской и фармацевтической деятельностью» записано: «Право на занятие медицинской и фармацевтической деятельностью в Российской Федерации имеют лица, получившие высшее или среднее медицинское и фармацевтическое образование в Российской Федерации, имеющие диплом и специальное звание, а также сертификат специалиста и лицензию на осуществление медицинской или фармацевтической деятельности (в ред. Федерального закона от 10.01.2003 г. № 15-ФЗ).

И если позиция, связанная с дипломом и специальным званием, подтверждающими наличие профессиональной подготовки, не являлась чем-то новым, то наличие сертификата

Из 400 опрошенных только 33% назвали некоторые федеральные законы, регулирующие деятельность в сфере здравоохранения, а отдельные приказы региональных и муниципальных органов управления могли назвать только 18%.

специалиста и лицензии на осуществление медицинской или фармацевтической деятельности было введено в практику российского здравоохранения впервые.

Ст. 54 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан определяет: «Сертификат специалиста выдается на основании послевузовского профессионального образования (аспирантура, ординатура), или дополнительного образования (повышение квалифи-

кации, специализация), или проверочного испытания, проводимого комиссиями профессиональных медицинских и фармацевтических ассоциаций, по теории и практике избранной специальности, вопросам законодательства в области охраны здоровья граждан».

Вопрос о лицензии указанным законом больше не конкретизируется.

В целях практической реализации ст. 54 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан Министерством здравоохранения и медицинской промыш-

О пользе изучения законов



С.Ш. Сулейманов и А.И. Воробьев

ности РФ издан приказ от 19 декабря 1994 г. № 286 «Об утверждении Положения о порядке допуска к осуществлению профессиональной (медицинской и фармацевтической) деятельности (приложение 1) и инструкцией о порядке изготовления, заполнения и выдачи сертификатов специалиста (приложение 2)».

Именно в этом приказе даются определения диплому, сертификату, лицензии и распорядка процедура получения сертификата.

Что же касается получения лицензии, то в данном документе записано: «На основании полученного сертификата специалисту может выдаваться лицензия на определенный вид деятельности комиссиями по лицензированию в соответствии с порядком и условиями, установленными Правительством Российской Федерации».

Таким образом, ст. 54 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан и приказ Минздравмедпрома от 19 декабря 1994 г. «Об утверждении Положения о порядке допуска к осуществлению профессиональной (медицинской и фармацевтической) деятельности» в целом достаточно полно определяли порядок допуска специалистов к занятиям профессиональной деятельностью.

Однако, приказом Минздрава России 11 января 2000 г. № 4 «Об отмене приказа Минздравмедпрома России от 19.12.94 № 286 «Об утверждении Положения «О порядке допуска к осуществлению профессиональной (медицинской и фармацевтической) деятельности» данный документ был отменен на основании письма Минюста России от 05.11.99 г. № 9168-ЮЧ.

К сожалению, с 2000 года до настоящего времени другого документа Минздрава России (с 2004 г. Минздравсоцразвития РФ) взамен отмененного не появилось.

Сложилась парадоксальная ситуация — требования ст. 54 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан с 1994 по 2000 г. выполнялись с нарушением российского законодательства, т. к. приказ Минздравмедпрома от 19.12.94 г. № 286 не должен был применяться как не прошедший регистрацию в Минюсте. С 2000 г. требования этой статьи, касающиеся получения сертификата осуществляются по требованиям отмененного приказа. Медицинские и фармацевтические работники проходят обучение на так называемых «сертификационных» циклах усовершенствования, получают сертификаты специалистов, которые подтверждаются каждые пять лет, и все это не подкреплено каким-либо нормативным актом.

Вместе с тем и в Положении о порядке допуска к медицинской и фармацевтической деятельности в Рос-

сийской Федерации лиц, получивших медицинскую и фармацевтическую подготовку в иностранных государствах, утвержденном Постановлением Правительства РФ от 07.02.1995г. № 119 (в ред. Постановления Правительства РФ от 01.02.2005 г. № 49) записано «п. 3 Лица, получившие медицинскую и фармацевтическую подготовку в иностранных государствах, допускаются к медицинской и фармацевтической деятельности в Российской Федерации после успешной сдачи специальных экзаменов в соответствующих учебных заведениях Российской Федерации, а также после получения в установленном порядке лицензии на занятие определенными Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития видами деятельности, если иное не предусмотрено международными договорами Российской Федерации».

В п. 5 указанного Положения записано: «Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития, ..., рассматривает вопрос о проведении экзаменов и выдаче сертификата специалистов».

Сертификат даёт право на занятие медицинской и фармацевтической деятельностью на всей территории Российской Федерации».

Таким образом, в Постановлении Правительства допуск иностранных специалистов к профессиональной деятельности в области медицины и фармации рассматривается иначе, чем в федеральном законе, ориентируя специалиста и работодателя на сертификат как на документ, дающий право на занятие медицинской и фармацевтической деятельностью. Федеральный закон же рассматривает это как совокупность условий: «Право на занятие медицинской и фармацевтической деятельностью Российской Федерации имеют лица, получившие высшее и среднее медицинское образование в Российской Федерации, имеющие диплом и специальное звание, а также сертификат специалиста и лицензию на осуществление медицинской или фармацевтической деятельности (в ред. ФЗ от 10.01.2003 г. №15-ФЗ)».

Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития приказом от 26 октября 2007 г. № 3442-Пр/07 «Об организации работы по выдаче сертификатов лицам, получившим медицинскую и фармацевтическую подготовку в иностранных государствах и получившим право заниматься медицинской и фармацевтической деятельностью в Российской Федерации» и письмом от 31.10.2007 г. № 014-746/07 «Об изменениях в процедуру допуска к профессиональной деятельности лиц, получивших медицинскую и фармацевтическую подготовку за рубежом», право вы-

...многие российские законы несовершенны и уже после утверждения требуют доработки, а их требования игнорируются либо нарушаются самой федеральной властью.

дачи сертификатов указанным лицам даёт Росздравнадзору и его территориальным управлениям.

Требования об обязательности наличия сертификата специалиста заложены и в Положение о лицензировании фармацевтической деятельности, утверждённое Постановлением Правительства РФ от 06.07.2006 г. № 416 и в Положении о лицензировании медицинской деятельности, утверждённое Постановлением Правительства РФ от 22.01.2007 г. № 30.

Вместе с тем, в этих документах требования к юридическим лицам-соискателям лицензии на указанные виды деятельности отсутствуют положения о необходимости иметь в штате специалиста, имеющего лицензию. К обязательным условиям там отнесены только наличие высшего или среднего профессионального образования и сертификата специалиста.

Аналогичным образом это излагается и в Методических указаниях по осуществлению органами государственной власти субъектов Российской Федерации переданных полномочий Российской Федерации по лицензированию фармацевтической деятельности, утверждённых приказом Минздравсоцразвития от 06 июня 2008 г. № 263н.

Еще одним парадоксом в вопросе допуска к профессиональной деятельности медицинских и фармацевтических работников является наличие условий по

ИнтерНьюс

Чувствительный протез

Ученым удалось создать бионический протез, который позволяет пациенту не только управлять рукой с помощью мыслей, но и распознавать ощущения. Обладательницей бионической руки стала Клаудия Митчелл, в прошлом служившая в морском флоте США. В 2004 г. Митчелл пострадала в аварии. Хирургам пришлось ампутировать левую руку Митчелл по самое плечо, а 2 года спустя медикам удалось имплантировать пациентке протез, разработанный исследователями Института реабилитации в Чикаго в рамках огромного проекта, основанного DARPA (Агентством по передовым оборонным исследованиям). Он позволил Митчелл управлять искусственной рукой с помощью мыслей о необходимом движении. Однако на этом ученые не стали останавливаться. Следующей целью для них стало распознавание ощущений рукой. Они пересадили «бездействующие» нервы Митчелл из поврежденной области плеча в грудную мышцу, которая стала получать сигналы от бионической руки. Это позволило протезу обеспечивать Митчелл такие же тактильные ощущения, какие могли быть у здоровой руки. Сейчас, когда Клаудия Митчелл хочет сделать движение рукой, ее мозг посылает сигнал в грудную мышцу. В свою очередь электрические импульсы из мышцы проходят в бионический протез, где компьютер расшифровывает их и трансформирует в движение. По словам Митчелл, теперь, дотрагиваясь до горячей чашки или холодного окна, она может чувствовать тепло или холод.

Источник: The Daily Mail

Параметры, параметры, бумажки, бумажки...

В Министерстве здравоохранения и социального развития РФ утверждена форма индивидуальной программы реабилитации инвалида и ребенка-инвалида. Соответствующий приказ ведомства регламентирует разработку формы индивидуальной программы реабилитации (ИПР), которая является основанием для получения технического средства реабилитации. Директор Департамента социальной защиты Ольга Самарина выразила уверенность, что с появлением этого документа появится тесная связь между ИПР и услугами по предоставлению технических средств реабилитации. В индивидуальной программе реабилитации инвалида обозначаются медицинские, социально-бытовые, профессионально-трудоустройство и психологические параметры жизнедеятельности инвалида. В новой форме ИПР будут конкретизированы те параметры программы, которые позволят более эффективно обеспечивать процесс реабилитации. Ольга Самарина сообщила, что изменился сам подход к формированию программы реабилитации. Инвалид сможет получить действительно индивидуальную программу реабилитации, а также качественный набор социальных услуг, способствующий реабилитации. Как следствие это будет способствовать более эффективному подбору технического средства реабилитации или оказанию протезно-ортопедической помощи. «Что касается детей, — отметила Самарина, — то в течение реабилитации ребенка-инвалида должна прослеживаться динамика его состояния здоровья. Особое внимание уделено вопросам реабилитации и адаптации ребенка в обществе». Она подчеркнула, что «эта работа позволит наиболее полно реализовать реабилитационный потенциал инвалидов».

Источник: АМИ-ТАСС

Прекратите травить маленьких детей от простуды!

Министерство здравоохранения США опубликовало данные, в соответствии с которыми польза от использования лекарств от кашля и простуды для лечения маленьких детей сомнительна и несоизмерима с риском передозировки лекарств. Глава Ассоциации потребителей медицинских препаратов Л. Сайдем подчеркнула, что производители лекарств добровольно вносят изменения в свою политику продаж лекарств в связи с большим количеством сообщений об осложнениях. В прошлом году компании сняли с продажи лекарства для младенцев и малышей в возрасте до 2-х лет. Педиатры, которые давно призывают запретить продажу безрецептурных лекарств от кашля и простуды для детей в возрасте до 6 лет, поприветствовали решение фармацевтических компаний. Они отмечают, что из-за передозировки подобных препаратов ежегодно в реанимации больниц США поступают 7000 детей.

Источник: Newsru.co.il

СВЕТСКАЯ ХРОНИКА

РЕЗОЛЮЦИЯ Установочной конференции «Профессиональная Служба по редким заболеваниям Дальнего Востока»

24 сентября 2008 года, г. Хабаровск



В работе установочной конференции Профессиональной Службы по редким заболеваниям Дальнего Востока приняли участие зам. председателя Форумного комитета РАМН, координатор Профессиональной Службы по редким дорогостоящим нозологиям Форумного комитета РАМН профессор П.А. Воробьев, региональный представитель Форумного комитета РАМН на Дальнем Востоке, ректор Института повышения квалификации специалистов здравоохранения профессор С.Ш. Сулейманов, Первый заместитель Министра здравоохранения Хабаровского края И.Н. Гончаров, заместитель председателя комитета по здравоохранению, молодежной политике и спорту Законодательного Собрания Камчатской области Л.А. Грачев, член комиссии клинической фармакологии Форумного комитета РАМН М.В. Авксентьева, зав. лабораторией стандартизации в здравоохранении НИИ ОЗиУЗ ММА им. И.М. Сеченова Д.В. Лукьянцева, ответственный секретарь Профессиональной Службы по редким дорогостоящим нозологиям Форумного комитета РАМН О.В. Борисенко, сотрудники ИПКСЗ, представители исполнительной власти, врачи, провизоры, представители Всероссийского общества гематофилии в Биробиджане, Благовещенске, Владивостоке, Хабаровске (П.Г. Коломыцын, В.В. Буракова, О.А. Юрчук, Е.Ф. Мансветова), региональный представитель Российского диализного общества в Хабаровском крае А.Ю. Бевзенко, уполномоченный общественный эксперт Общероссийской общественной организации инвалидов — больных рассеянным склерозом по Хабаровскому краю А.И. Жукова.

Участники установочной конференции приняли решение о целесообразности организации филиала Профессиональной Службы по редким дорогостоящим нозологиям Форумного комитета РАМН при региональном представителе Форумного комитета РАМН на Дальнем Востоке С.Ш. Сулейманове.

Координаторами филиала выбраны Кирпичникова Наталья Владимировна, Бевзенко Андрей Юрьевич. Необходимо включить представителей пациентских организаций в состав филиала, в первую очередь П.Г. Коломыцына, главных специалистов, специалистов работающих в этой области, Л.А. Грачева.

Основными задачами организации филиала являются взаимодействие между органами исполнительной и законо-

дательной власти, специалистами и обществами пациентов по вопросам, связанным с оказанием медицинской помощи больным с редкими заболеваниями; общественный мониторинг ситуации с оказанием медицинской, в том числе лекарственной помощи по федеральным и региональным программам; участие в разработке целевых программ медицинской и социальной помощи при редких заболеваниях; участие в разработке стандартов медицинской помощи и протоколов ведения больных с редкими заболеваниями; участие в ведении регистров больных с редкими заболеваниями; оценка эффективности программ медицинской помощи больным с редкими заболеваниями; участие во внедрении стандартов, протоколов ведения больных, пособий для пациентов с редкими заболеваниями; организация, проведение или участие в проведении образовательных мероприятий по редким заболеваниям, школ пациентов; организационно-методическая помощь в работе организаций пациентов с редкими заболеваниями; ежеквартальный отчет перед Профессиональной Службой Форумного комитета РАМН по установленной форме.

Необходимо продумать развитие малых отделений гемодиализа для отдаленных регионов на 2–4 аппарата места. В оказании помощи больным с редкими заболеваниями важна комплексность этой помощи, ее приближенность к месту жительства больного, централизация финансирования.

Отдельное решение — по катастрофическому положению с лечением больных с мукополисахаридозом II типа. Специфическое лекарство, позволяющее этим больным жить и быть трудоспособными гражданами в стране зарегистрировано, однако больные дети не получают этой терапии. Обращение органов исполнительной и законодательной власти в Минздравсоцразвития не приводят к изменению ситуации. Минздравсоцразвития РФ предлагает проводить лечение за счет бюджетов регионов, однако в связи с крайне высокой стоимостью препарата и отсутствием ассигнований в региональных бюджетах на 2008–2009 гг., это является невозможным. В результате определенное число детей погибнет из-за фактического неокказания им медицинской помощи. Необходимо срочно ввести препараты для лечения этого заболевания в программу финансирования дорогостоящих лекарств из федерального бюджета, разработать и утвердить соответствующий стандарт.

Начало на стр. 1

подготовке врачей и провизоров по основным специальностям, требующим углубленной подготовки. Номенклатура (классификатор) специальностей, перечень соответствия врачебных и провизорских специальностей должностям специалистов были утверждены приказом Минздрава России от 27.08.1999 г. № 337 «О номенклатуре специальностей в учреждениях здравоохранения Российской Федерации». Последние изменения в этот приказ были внесены приказом Минздравсоцразвития России от 20.08.2007 г. № 553. В указанном документе указано, что этот приказ в государственной регистрации не нуждается, при этом приводится ссылка на письмо Минюста России от 21.09.1999 г. № 7565-ЭР.

Однако в отношении исходного документа, т. е. приказа Минздрава России от 27.08.1999 г. № 337, имеется Определение Верховного Суда РФ от 28.03.2006 г. Появление данного Определения было связано с заявлением гражданина РФ С. о признании не действующим Приказа Министерства здравоохранения РФ от 27 августа 1997 г. № 337 «О номенклатуре специальностей в учреждениях здравоохранения Российской Федерации». Судья ВС РФ Ю.Д. Редченко, ознакомившись с поданным заявлением, установил, что данный нормативный документ не прошел государственную регистрацию и не был опубликован в установленном порядке, как этого требуют пп. 8–10 Указа Президента РФ от 23 мая 1996 г. № 763 «О порядке опубликования и вступления в силу актов Президента РФ, Правительства РФ и нормативных правовых актов федеральных органов исполнительной власти», пп. 10, 17, 19 «Правил подготовки нормативных правовых актов органов исполнительной власти и их государственной регистрации», утвержденных Постановлением Правительства РФ от 13 августа 1997 г. № 1009.

В силу этих причин указанный приказ Минздрава России «...не может быть отнесен к нормативным правовым актам федеральных органов исполнительной власти». Этот документ не влечет правовых последствий, как не вступивший в силу и применению не подлежит (2). Аналогичное решение было принято Верховным Судом РФ от 8 ноября 2007г. в отношении приказа МЗ и СР РФ от 20.08.2007 г. № 553 «О внесении изменений в Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 августа 1999 г. № 337 «О номенклатуре специальностей в учреждениях здравоохранения Российской Федерации». Однако, имеющиеся в средствах массовой информации материалы свидетельствуют о том, что органы управления здравоохранением

различного уровня, Росздравнадзора, руководители ЛПУ требуют исполнения требований данного приказа.

О сложившейся практике отказа в аттестации специалистов, допуске к осуществлению профессиональной деятельности специалистам, работающим в ЛПУ Кемеровской области, подготовка которых не соответствовала требованиям приказа Минздрава России № 337, написано в статье «Вечные студенты», опубликованной в «Медицинской газете» № 16 от 02.03.2007 г.

Указанные выше документы, несмотря на имеющиеся Определения Верховного Суда РФ, применялись в российском здравоохранении до последнего времени и были признаны утратившими силу только приказом МЗ и СР РФ от 14.03.2008 г. № 119н.

Сегодня на смену отмененным приказам пришел новый документ Минздравсоцразвития — приказ от 11.03.2008 г. № 112 Н «О номенклатуре специальностей специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации», зарегистрированный Минюстом РФ 20 марта 2008 г. № 11384.

К сожалению, и новый документ оставляет много вопросов. Разъяснения к приказу, изложенные в примечаниях, не позволяют понять, по какому принципу определены специальности, подготовка которых проводится через интернатуру или исключительно через клиническую ординатуру, и как практически организовать профессиональную переподготовку для выполнения нового вида профессиональной деятельности для стажированных специалистов по направлениям, не упомянутым в п. 3 данных Примечаний.

Таким образом, оценивая массив нормативных актов, определяющих право медицинских и фармацевтических работников на занятие профессиональной деятельностью, можно сделать вывод об их несогласованности и противоречивости.

Требования ст. 54 Федерального Закона «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» не получили дальнейшего развития и не выполняются в полном объеме.

Нормативно-правовая база, определяющая порядок подготовки специалистов медицинского и фармацевтического профиля и их допуска к профессиональной деятельности, требует дальнейшего совершенствования. Она должна быть понятна всем, не ущемлять права специалистов на труд и способствовать обеспечению качества медицинской помощи населению.

С.Ш. Сулейманов

ПРОТОКОЛ УСТАНОВОЧНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ

**«ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ СЛУЖБА ПО РЕДКИМ ДОРОГОСТОЯЩИМ НОЗОЛОГИЯМ
ФОРМУЛЯРНОГО КОМИТЕТА РАМН»**

24 сентября 2008 года, г. Хабаровск

Присутствовали 52 человека, представляющие 7 субъектов Российской Федерации: Амурскую область, Еврейскую автономную область, г. Москва, Камчатскую область, Приморский край, Республику Саха (Якутия), Хабаровский край.

Все презентации выступлений доступны на Интернет-сайте МОООФИ www.rspog.ru.

Председатели: П.А. Воробьев, С.Ш. Сулейманов,
секретарь: О.В. Борисенко

Повестка дня:

1. Вступительное слово регионального представителя Форумного комитета РАМН на Дальнем Востоке, ректора ИПКСЗ проф. С.Ш. Сулейманова.

2. Доклад координатора Профессиональной службы по редким дорогостоящим нозологиям Форумного комитета РАМН проф. П.А. Воробьева «О деятельности профессиональной службы». Вкратце рассказал о целях, задачах службы, проведенных мероприятиях, о разрабатываемом, по поручению Президиума РАМН, проекте Государственной программы помощи больным с редкими заболеваниями. Ознакомил с сайтом, посвященным редким болезням и продемонстрировал имеющиеся на сайте материалы.

3. Доклад 1-го заместителя министра здравоохранения Хабаровского края И.Н. Гончарова о проблемах и достижениях в лечении редких заболеваний в крае. В Хабаровском крае 57 тыс. льготников, на их лекарственное обеспечение выделено в 2008 году 286 млн. рублей. Пациентов с редкими болезнями в крае — 450 человек, а средств выделено 620 млн. рублей. Вообще финансирование, а, следовательно, и доступность лекарственной помощи увеличилась в 6–7 раз за последние 2–3 года. Но за счет плохого обеспечения лекарствами по федеральной льготе, все больше пациентов выходит из ДЛЮ. В Хабаровском крае пытаются сдерживать выход пациентов, обеспечения лекарства за счет местного бюджета, хотя тенденция — продолжение выхода пациентов из программы, увеличение скорости на 15–20%. С трепетом ждут 1-го октября. Начали формироваться регистры больных с редкими болезнями. Необходимо расширить перечень редких болезней, лечение которых подлежит финансированию из бюджета государства. Предложение Профессиональной службы о необходимости определения врача-куратора редких болезней в районах услышано. Это — здравая идея, и мы ее обдумаем. Институту тут тоже есть, над чем подумать — как и чему обучить этих врачей.

П.А. Воробьев: Как обстоят дела с доставкой лекарств в отдаленные регионы?

У нас 17 аптек, выдающих дорогостоящие лекарства по программе. В основном они в центрах, в городах, меньше — в районах. Большинство этих больных — сконцентрировано в крупных городах, что, повидимому, связано с плохой выявляемостью таких больных в отдаленных населенных пунктах.

П.А. Воробьев: А как происходит перераспределение лекарств между больными? Многие регионы не делают этого и склады затовариваются.

Мы перераспределяем лекарства между больными одной нозологии. Не ждем полугодичных рубежей и не доводим ситуацию до абсурда.

Дама — мама гемофилика: У нас в крае нет диагностики гемофилии. Уровень фактора мы узнали только в Санкт-Петербурге. Хотя мы получаем фактор и вводим его в домашних условиях. В крае отсутствуют тест-системы для определения уровня факторов свертывания.

Будем разрешать эту ситуацию. Это должна быть инициатива главных врачей при формировании заявки на приобретение лекарственных препаратов и расходных материалов, мы стараемся заявки удовлетворять.

П.А. Воробьев, реплика: Здесь, судя по всему, во многом виноваты специалисты, их нежелание давать заявки на оборудование и материалы.

Мама. У нас была проблема — у ребенка была нежелательная побочная реакция на иммуни, и мы три месяца не могли перейти на октанайн, так как был закуплен только один препарат. При замене препарата реакция прекратилась.

У больных должен быть выбор, если имеется несколько похожих препаратов. Также для препаратов, принимаемых пожизненно, должна быть обеспечена преемственность — продолжение лечения теми препаратами, которые больные долго применяют.

Гончаров Д.И. — общественная организация инвалидов, гематология. Как часто специалисты — детские гематологи повышают свою квалификацию?

Сейчас у нас существует проблема — нехватка специалистов — детских гематологов, онкогематологов. Однако в целом профессиональный уровень специалистов достаточный для ведения больных с коагулопатиями.

Митрофанов Ю.В., врач. Входят ли в финансирование по редким болезням больные с хронической почечной недостаточностью на гемодиализе? Больные на гемодиализе привязаны к диализным аппаратам, а не к лекарствам, как все остальные больные. Больные приезжают в Хабаровск для получения диализа, но лекарства (эритропоэтины, например) вынуждены получать по месту прописки (например, в Советской Гавани). Это большая проблема для пациентов.

Финансируются по федеральной программе 7 нозологий только препараты для пациентов, перенесших трансплантацию органов и тканей. Остальные больные с ХПН финансируются в рамках ДЛЮ. Второй вопрос — это вопрос приписки к поликлинике. Сейчас больных с ХПН на диализе в крае

относительно мало, а должно быть не менее 1000. Средств для финансирования развития этого направления недостаточно на краевом уровне, а на федеральном — нет вовсе.

4. Краткое сообщение зав. Лабораторией проблем стандартизации в здравоохранении НИИ ОЗиУЗ ММА им. И.М. Сеченова Д.В. Лукьянцевой «О ходе работ по разработке и актуализации стандартов медицинской помощи и протоколов ведения больных по редким заболеваниям». Рассказала о состоянии проблемы разработки стандартов и протоколов ведения больных с редкими заболеваниями. Стандарты есть по всем этим заболеваниям, но в них много ошибок, появились за этот год много нового, что нужно внести в стандарты. Однако, актуализации стандартов не предвидится. По трем заболеваниям протоколы ведения больных переданы на утверждение в Ростехрегулирование (рассеянный склероз, гемофилия, болезнь Виллебранда), по гемобластам — разрабатываются, по муковисцидозу вносится конечная правка. По ХПН и гипопитарному нанизму протоколы пока не разрабатываются.

5. Доклад регионального представителя Всероссийского общества гемофилии в Амурской области, врача-гематолога П.Г. Коломыцына «Роль ассоциаций пациентов в решении проблемы гемофилии». Организации пациентов поддерживают решение Форумного комитета РАМН о более широком привлечении организаций пациентов к реализации, мониторингу программ лекарственного обеспечения больных с редкими заболеваниями.

П.А. Воробьев Может предложить Ю.А. Жулеву издавать такую газету, как ваша?

Пока такого предложения мы не получали. Газету нужно рассылать и в ИПКСЗ и в другие образовательные учреждения, больницы.

6. Зам. председателя комитета по здравоохранению, молодежной политике и спорту Законодательного Собрания Камчатской области Л.А. Грачев. Наш регион — особенная территория. Практически отсутствуют коммуникации, нет железнодорожного сообщения: все по воздуху или по морю. В крупных городах лечебная работа по направлению налажена хорошо. Но в отдаленных районах, например Корякии, отсутствует лабораторная база, выражен недостаток кадров, квалифицированных специалистов. Крайне слабое, катастрофическое обеспечение лекарствами.

У нас есть 1 пациент, страдающий мукополисахаридозом 2-го типа. Мы обратились от имени Законодательного собрания области в Правительство и к Премьер-министру В.В. Путину. Получили ответ, в котором не было решения проблемы, также было отмечено, что включение этой нозологии в программу финансирования редких заболеваний нецелесообразно. Т. е. разобравшись с его лечением нам предложили самим. А это 15 млн. в год на пациента. В бюджете здравоохранения этих денег нет. Да и Законодательное собрание области не одобрит приобретение препаратов.

Считаю, что необходимо повторно обратиться в Минздравсоцразвития по вопросу финансирования лекарств для лечения мукополисахаридоза.

7. В.З. Молостова, зав. гематологическим отделением больницы. В 2002–2003 году мы впервые в России создали школы для больных гемофилией. В то время больные получали только криопреципитат и плазму. Мы стали закупать препараты в стационар, выдавали больным препарат через дневной стационар для домашнего лечения. В то время за ночь в приемное отделение могли поступить 5–6 пациентов для введения фактора свертывания. Это были больные с острыми кровотечениями, гемартрозами. А в прошлом году с острыми кровотечениями поступили всего 2 пациента. Мы также выступали с предложениями организовать отдельную программу по лечению гемофилии.

Сегодняшние проблемы — больные не желают приходить на прием. Получать самостоятельно препарат недостаточно — нужно контролировать назначения, дозировки. А врач больных не видит по много месяцев.

Вторая проблема — поставки препаратов. Больные «выбрали» препарат самостоятельно. Ранее по ДЛЮ препараты менялись каждый месяц. Сейчас мы искусственно сузили круг заказываемых препаратов, однако мы получаем разнообразные торговые наименования препаратов в разном объеме. Возникает проблема распределения таких неполноценных поставок между пациентами. Из-за этого могут возникнуть и аллергические реакции, развиваться резистентность. Также возникают проблемы при корректировке, подборе дозировок.

Наши запасы по 7 нозологиям — в месячном объеме — рабочая ситуация, в случае перебоев с поставками это позволит больным не делать перерывы в лечении.

П.А. Воробьев Есть ли организация пациентов с гемофилией в Хабаровске?

Есть, но она не входит в ВОГ. И не до конца ясно, чем она занимается.

П.А. Воробьев: Нужно призвать эту организацию работать нормально, вместе с другими. Через год пациенты перестанут ходить к врачам, они будут чувствовать себя здоровыми, и только пациентская организация сможет достучаться до своих членов. Да и другие вопросы с их помощью узнаете: как происходит снабжение, какие есть проблемы.

7. Доклад регионального представителя Российского диализного общества в Хабаровском крае А.Ю. Бевзенко. «Лечение ХПН и перспективы пересадки почки». Хабаровский

ИнтерНьюс

Пациенты с венозной тромбозом должны быть начеку!

В некоторых исследованиях риск венозной тромбозом связывается с атеросклерозом и риском таких сердечно-сосудистых артериальных осложнений, как инфаркт миокарда и инсульт. В то же время другие исследования не отмечают такой связи. Для того чтобы прояснить эти расхождения, доктор Х. Соренсен задался целью исследовать риск артериальных сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с ранее диагностированной венозной тромбозом. Было проведено 20-летнее популяционное когортное исследование с использованием данных общенациональных медицинских баз данных Дании. После исключения пациентов с изначально установленным заболеванием сердечно-сосудистой системы оценили риск инфаркта миокарда и инсульта у 25199 пациентов с глубоким венозным тромбозом, 16925 пациентов с легочной эмболией. 163566 человек из популяции составили группу контроля. Для пациентов с глубоким венозным тромбозом относительный риск (ОР) варьировал от 1,6 для инфаркта миокарда и от 1,35 до 2,19 для инсульта в течение 1-го года после тромботического осложнения. У пациентов с легочной эмболией в 1-й год ОР инфаркта миокарда 2,6, ОР инсульта — 2,93. Ор артериального сердечно-сосудистого осложнения также возрастает, хотя менее значительно, в течение последующих 20 лет наблюдения, достигая 20–40%. ОР были схожими у пациентов со спровоцированными и неспровоцированными глубоким венозным тромбозом и легочной эмболией. Таким образом, пациенты с венозной тромбозом имеют значительно более высокий отдаленный риск последующих артериальных сердечно-сосудистых осложнений.

Оно и понятно, так как среди общих факторов риска тромбозом и артериальных тромбозом такие, как тромбофилии, сахарный диабет, гиперэритроцитоз, пожилой возраст и т. д.

Источник: Доказательная медицина и клиническая эпидемиология, 2008, № 1, собственные данные

Зарплату будут платить по-новому

Заместитель министра образования и науки РФ Владимир Миклушевский сообщил, что новая система оплаты труда в федеральных образовательных учреждениях должна быть введена до 1 декабря текущего года. Решение о переходе федеральных бюджетных учреждений на новую систему оплаты труда было принято постановлением Правительства Российской Федерации больше года назад — 22.08.07. В рамках новой системы заработная плата работников федеральных образовательных учреждений будет состоять из гарантированной, базовой части, которая не может быть меньше той зарплаты, которую они получают в настоящее время, и стимулирующей части, размер которой для каждого работника будет зависеть от результатов и качества его труда. Выплаты стимулирующего характера могут быть следующих видов: за интенсивность и высокие результаты работы, за качество выполняемых работ, за непрерывный стаж и выслугу лет, а также премиальные выплаты по итогам работы. Как отметил зам. министра, руководителям образовательных учреждений будут переданы большие полномочия в вопросах распределения фонда оплаты труда и формирования штата сотрудников. При этом заработная плата руководителя будет напрямую зависеть от средней зарплаты основного персонала, то есть если у работников зарплата будет снижаться, то руководитель также станет получать меньше. Минобрнауки России уже имеет опыт внедрения новых систем оплаты труда в общеобразовательных учреждениях в рамках реализации комплексных проектов модернизации образования — одного из направлений приоритетного Национального проекта «Образование». «Эти системы успешно вводятся субъектами Российской Федерации, участвующими в реализации комплексных проектов модернизации на основе разработанной Минобрнауки России модельной методики, и уже подтвердили свою состоятельность», — рассказал он. «Мы рассчитываем, что новая система оплаты труда поможет повысить качество государственных услуг. При этом бюджетным учреждениям придется научиться по-новому оценивать труд специалистов, осваивать новые методики подсчета эффективности их труда и деятельности самого образовательного учреждения, потому что зарплата каждого работника будет зависеть не только от качества его труда, а и от деятельности всего учреждения».

Источник: rost.ru

ИнтерНьюс

За обеденный перерыв не уложиться

Британская ассоциация эстетических пластических хирургов (BAAPS) заявила о необходимости запрета рекламы, в которой содержатся прошедшие цифровую обработку фотографии моделей с «анатомически невозможной» грудью. Она также предлагает запретить технически невыполнимые рекламные обещания, такие, как сделать «подтяжку в течение обеденного перерыва». По мнению экспертов BAAPS, такая реклама порождает ложные ожидания от результатов операции. Несмотря на то, что BAAPS представляет точку зрения около трети пластических хирургов Великобритании, возможностей ассоциации не хватает для контроля за многомиллионной индустрией пластических операций. Поэтому на ежегодной конференции в Честере было решено начать собственную рекламную кампанию, призванную противостоять агрессивно продающим свои услуги клиникам и убедить пациентов проверять квалификацию своего пластического хирурга. Президент BAAPS Дуглас Макджордж напомнил, что «хирургическая операция — это серьезное мероприятие, которое требует от пациента реалистичных ожиданий и должно происходить только после должной консультации квалифицированного специалиста в соответствующих клинических условиях». На конференции ассоциации Макджордж привел в пример женщину в бикини из рекламной продукции лондонской фирмы «West One Clinics». По его мнению, верхняя и нижняя часть ее тела не соответствуют друг другу, создавая абсолютно ложное представление о том, что может быть сделано. Если бы женщина с таким противостественным сложением действительно существовала, ей понадобились бы годы восстановительных операций. Макджордж также заявил, что «было бы здорово сделать подтяжку на обеденном перерыве, но это просто невозможно». Представитель «West One Clinics» ответил, что их организация «серьезно относится к делу и готова прислушиваться к критике». BAAPS также предупредила пациентов об участившихся случаях обращения за помощью после неудачных пластических операций, проведенных дешевыми клиниками в развивающихся странах. За последние 5 лет в Великобритании число операций по увеличению груди выросло почти в 4 раза и составило более 26 тысяч в 2007 году.

Источник: Mma.ru

Вместо цивилизованных референтных цен — какая-то процентная фикция

В Москве с 1 октября до 20% снижены торговые надбавки к фактической отпускной цене лекарственных средств иностранного производства. Ранее размер надбавки в столице составлял 25%. Как сообщили в Минздравсоцразвития РФ, «каждый регион самостоятельно определяет размер предельных торговых надбавок на жизненно важные лекарства. Ориентирами служат предельная отпускная цена препарата, зарегистрированная в госреестре РФ, а также ценовая конъюнктура в регионе». «В итоге цены на жизненно важные лекарства складываются из цены по реестру плюс предельной надбавка, установленной регионом», — пояснили в Минздравсоцразвития, подчеркнув, что «этот механизм регулирования ценообразования позволяет предотвращать возможное необоснованное повышение цен на жизненно необходимые и важнейшие лекарственные средства за счет фиксации их верхнего порога». В Министерстве пояснили, что «регулирование цен ведется в отношении лекарственных средств, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших препаратов, ежегодно утверждаемый правительством России». В этот перечень входят более 650 препаратов. Росздравнадзор формирует Государственный реестр отпускных цен на эти лекарства. Органы исполнительной власти регионов в свою очередь устанавливают предельные оптовые и предельные розничные надбавки к ним и предоставляют соответствующую информацию в Федеральную службу по тарифам.

Источник: АМИ-ТАСС

Начало на стр. 3

центр гемодиализа — появился третьим в стране. Сейчас мы стараемся принимать на гемодиализ и пожилых людей. Наш опыт — диализ на протяжении 10—15 лет. 10—12 человек в год у нас умирают от ХПН, и ежегодно около 30 новых пациентов нуждаются в диализе или трансплантации почки. В нашем регистре есть данные об эпидемиологии ХПН в Хабаровском крае. В крае 18—20 человек ежегодно поступают на диализ с терминальной ХПН. 169 пациентов на гемодиализе, и 54 — на перитонеальном диализе. 31 человек в крае с почечным трансплантатом. Необходимо усиление работы первичного звена при работе с пациентами с сахарным диабетом, которые сейчас образуют основную массу этих больных.

В Финляндии значительная доля пациентов на домашнем диализе. Нам интересен этот опыт ввиду географической удаленности многих населенных пунктов в нашем крае. Необходимо открытие малых отделений гемодиализа, с учетом деления края на районы. Предложено «кустовое» деление края, при котором один район и 4 аппарата гемодиализа могут покрыть потребность в нескольких соседних районах.

Митрофанов Ю.В., врач. Необходимо обеспечивать проживание больных с ХПН на гемодиализе. Общежития: это и решение социального вопроса и снятие хронического стресса. Также на базе общежитий можно наладить производство — это вопрос социальной реабилитации больных.

Губернатор дал указания СОЦСТРАХу, просчитываются финансовые возможности. Но некоторые специалисты против выделения жилья этим больным, так как несправедливо выделять больным квартиры, потребность в них есть у других категорий населения. Совершенно другой вопрос — вопрос общежитий.

П.А. Воробьев. Развитие диализной службы в стране за последние 20 лет практически не происходит. Последние

Серьезные и даже драматические ситуации имеют место, когда в роли проверяющих выступают не официальные медицинские инстанции, а бойцы невидимого фронта. Ясно, что решение проблемы коррупции в нормализующихся экономических отношениях, а пока этого не произошло, возможны неприятные для врача ситуации, которые стоит знать, чтобы их избежать. Незадолго до моего прихода на работу в поликлинику в ней произошел следующий случай. Старшая медсестра, близорукая в прямом и переносном смысле, проходя по коридору, увидела у кабинета одного из врачей людей с какой-то аппаратурой. Вместо того, чтобы спросить, кто они такие и что здесь делают, она решила, что киношники пришли снимать, как мы хорошо работаем, и прошла мимо. А в кабинете в это время молодой доктор вел прием. Обстоятельства такие, что, якобы за выдачу необоснованного больничного листа, доктору положили в карман или он сам положил 20 рублей,

не малые по тем временам деньги. Люди с аппаратурой вошли в кабинет, что-то сфотографировали. Доктора вывели под руки из кабинета на глазах изумленных больных. Далее пребывание в местах предварительного заключения с применением методов физического воздействия, а после того, как отпустили — повторные вызовы с угрозами, что опять посадят, если потерпевший не сумеет договориться с органами правосудия.

Вскоре после того случая был визит ко мне, видимо, решили, что я новенькая, попадусь на удочку. В кабинет вошел молодой мужчина в кожаной куртке, спокоен, уверен в движениях, стальные глаза; сел, положив ногу на ногу, и сказал, что ему нужен больничный лист и что он за это заплатит. «Это будет хорошим приработком к Вашей зарплате», — добавил он. Вы меня спросите, откуда я знаю, что это не обычный больной, а оперативный работник? Отвечаю: «Врач с 50-летним опытом при первом взгляде посетителя мгновенно решает несколько вопросов: больной или здоровый и даже какая болезнь (анемия определяется по цвету кожи, это — классика; по походке определяется атеросклероз и некоторые неврологические заболевания). По тому, как ведет себя посетитель, что говорит, тоже можно многое сказать. Я ответила, что больничные листы по просьбе трудящихся не выдаю и не хочу оказаться в положении врача, которого выводят из кабинета насильно».

Обычно эти деятели приходят к началу весны, видимо, по плану у них в это время воспитательная работа с медицинской. В одно из таких посещений мужчина, «отец троих детей», по его словам, решил меня разжалобить, прося больничный лист задним числом, иначе его выгонят с работы. Ничего не найдя при физикальном исследовании, я посоветовала обратиться к травматологу, т. к. он жаловался на боли в грудной клетке после ушиба. К концу нашего разговора я увидела, что он вынимает из сумки хрустальную вазу, внимательно следя за моей реакцией. Пришлось повысить голос и выставить его из кабинета. Посетитель пошел в травматологию и разыграл ту же самую сцену там, но понимания не встретил. В третьем случае молодой человек сходу поставил на стол сумку с какими-то дарами и сказал, что он студент и хочет получить справку об освобождении от занятий

достижения — частные диализные центры с оплатой за счет государства. Необходимо развитие малых диализных центров в отдаленных районах: в них может не быть даже медицинской сестры или врача. Так, в ГДР имелся опыт, когда пациенты сами проводили себе диализ сами в ЖЭКах, где были установлены почки.

В выступлениях с мест нашли отражение следующие вопросы: существует проблема выписывания лекарств в меньших дозировках, чем есть во флаконах — это и перерасход ресурсов, и стресс для пациентов. В программе 7 нозологий практически полностью отсутствовал системный подход. Были нарушены принципы права пациента на лечение, выбор препаратов. Регистр, предложенный МЗиСР, — это не регистр, а сбор паспортных данных. Необходимы данные об эффективности терапии, исходах лечения. В эти регистры входят только те пациенты, которые получают лечение по программе 7 нозологий, а пациенты, получающие другое лечение, — исключены из него. Необходимо ведение единого регистра больных, из которого стало бы хоть что-то известно о наших больных. Также ведение регистра не обеспечено финансово. Отсутствуют и средства на обеспечение конфиденциальности полученных данных. Создание этого регистра нарушает два федеральных закона. На его ведение требуется разрешение ФАПСИ. Присутствующие согласились с необходимостью создания такого общественного органа.

П.А. Воробьев. Представлен проект резолюции. В него будут включены те проблемы, которые выявились в ходе дискуссии. Предложено 2 координатора филиала Профсоюзной службы на Дальнем Востоке: А.Ю. Бевзенко и Н.В. Кирпичникова. Необходимо включить представителей пациентских организаций в состав филиала, в первую очередь П.Г. Коломыцына, главных специалистов, специалистов работающих в этой области, Л.А. Грачева. Службе нужно будет в кратчайшие сроки разработать план мероприятий, приступить к мониторингованию ситуации.

задним числом. Я объяснила, что сделать этого не могу, даже если бы хотела, т. к. справки пронумерованы и сброшюрованы, их корешки проверяются регулярно по мере сдачи, и моя ошибка, которой нет объяснения, сразу же будет замечена. «Как выходить из этой ситуации?» «Как-нибудь», — ответил он обескураженно.

Встречаются и более сложные сценарии. Так, «пациент» обратился к травматологу с просьбой помочь, т. к. его, работника коммерческой структуры, посылают в командировку, куда ему не хочется ехать. Доктор, возможно, хороший травматолог, оказался плохим психологом. Она не учла, что работники коммерческих организаций очень дорожат своей работой ввиду хорошей зарплаты. В случае отказа от работы, хотя бы и в связи с больничным листом, можно нарваться на увольнение. Поэтому они стараются избежать этого. Заявление больного его не насторожило. Доктор наложила гипс на здоровую руку и выдала больничный лист, положив в карман благодарственную бумажку. Дверь открылась, её обыскали, далее судебное разбирательство, 2 года условно.

Тема провокаций — чаще всего больничные листы: необоснованная выдача или просьба выдать больничный лист задним числом. Организаторы этой тематики отстали от жизни: если 30—40 лет тому назад больничные листы были экономически выгодными и на каждом приеме возникали конфликтные ситуации, то в настоящее время заболевшие стараются не брать больничные листы, т. к. они не оплачиваются или даже служат поводом к увольнению. Вспоминается не более 2—3-х случаев за последние годы, когда явные алкоголики хотели прикрыть больничными листами свои прогулы. Не будем проверяющих товарищей судить строго, они на работе, так же, как и мы хотим получать зарплату, видимо, их начальство так представляет свои задачи и методы их решения, иначе они работать не умеют.

Посмотрим на всё это с позиций врачебного и житейского опыта и пожалеем тех, кто так заботится о нашем моральном облике. В жизни каждого человека рано или поздно возникает серьезная болезнь. Вот тогда всем без исключения приходится решать сложный философский вопрос: «Где найти врача, который вылечит? Отдам всё, но возьмёт ли? Нужно ли дать и сколько?» В заключение хочу привести мнение экономиста по данному вопросу, в котором мы, медики, не профессионалы. «Каждый исполнитель всегда имеет некоторую возможность распоряжаться законом в своих частных интересах: например, за деньги уступить часть прав, которые регулируются законом!» «Запрет и рынок обречены жить вместе, стремление к максимизации прибыли бессмертно. Но бессмертна и забота о выгоде общественной. И экономические права агентов и исполнителей запрета всегда равны, что открывает бесконечную перспективу их ожесточенной конкуренции». Цитаты взяты из книги экономиста Л.М. Тимофеева «Наркобизнес» (1998 г.). Под агентами подразумеваются агенты наркорынка, но если вместо слова «агент» подставить «исполнитель любой профессии», то смысл не исказится, а слова будут характеризовать взаимоотношения людей в любой сфере деятельности.

ОБЩИЙ АНАЛИЗ

от Т.В. Шишковой

ПРОВОКАЦИИ В ЖИЗНИ УЧАСТКОВОГО ТЕРАПЕВТА

ИнтерНьюс

Угри — но не акне вульгарис

Электрический угорь (Electric eel) способен вырабатывать напряжение до 500—650 вольт при токе до 1 ампера — свыше полуватта пиковой мощности. Когда эта рыба находит добычу, она посылает сигнал в специальные «охотничьи» брюшные органы, в которых электрические клетки открывают каналы для пропуска ионов натрия и калия. Перемещение этих ионов создает на клетках напряжение, которое суммируется вдоль всего органа, достигая внушительной величины. Эти импульсы могут следовать с частотой в сотни герц. Угорь способен посылать такие разряды до 1 часа кряду, не выказывая усталости. Задачу разобрать по молекулам и скопировать работу электрических клеток угря — поставили перед собой Ц. Сюй Йельского университета и Д. Лаван из американского Национального института стандартов и технологий. Они разработали модели искусственных клеток, позволяющие улучшить выходные параметры, что сулит рост пиковой мощности на 40%, а второй — на 28%. Механизм генерации напряжения клетками электрических органов угря схож со схемой посылки нервных сигналов в мозге, но работают медленнее, зато накапливают куда более внушительное напряжение. Подбирая ионные проводники и формируя из них системы нанометрового масштаба, можно создать искусственные аналоги электрических клеток, которые за счет оптимизации параметров превзойдут свои живые прообразы по эффективности. Саму идею «взять угря да превратить его в живую электростанцию на благо человечества» предлагали не раз. Скажем, что угорь способен питать лампочки на рождественской елке. Но нельзя же всерьез полагать, что колонии запертых в аквариумах несчастных угрей помогут нам решить энергетическую проблему? Однако что-то в этой мысли что-то есть. Скопировав их «боевые» клетки, можно создать крошечные генераторы для нетребовательных к мощности имплантатов или иных небольших устройств. Посчитано, что слои искусственных клеток, уложенных в куб со стороной чуть более 4 мм, способны, будут производить непрерывную мощность около 300 микроватт. Отдельные компоненты таких искусственных клеток, в том числе мембраны и ионные каналы, можно построить из сконструированных протеинов, которые уже продемонстрированы другими исследователями. А источником энергии для таких биоэнергетиков послужит аденозин трифосфат, синтезируемый из сахаров и жиров, имеющихся в организме, при помощи бактерий или митохондрий.

Источник: Nature Nanotechnology

Обещают, обещают...

Министр здравоохранения и социального развития РФ Татьяна Голикова пообещала, что в России возродится онкологическая служба, масштабная реализация данного направления начнется с 1 января 2009 г. По ее словам, разработана специальная программа работы Онкологической службы, финансирование которой составит 28 млрд. руб. Из них в 2009 г. будет выделено 6,3 млрд. руб. Как ожидается, к 2012 г. смертность от онкологических заболеваний в России снизится на 4%, существенно возрастет их выявление на ранней стадии. Как отметила министр, сейчас, как правило, болезнь выявляется на 3—4-й стадии, когда, по ее мнению, «помощь уже очень сложна и применяются довольно дорогостоящие медикаменты». В настоящее время в России смертность от онкозаболеваний стоит на 2-м месте в ряду всех причин. На учете в онкоцентрах в начале 2008 г. состояло 2,5 млн. человек. Ежегодно 200 тыс. человек, или 14% страдающих онкозаболеваниями, становятся инвалидами. Как ожидается, в программе работы Онкологической службы уже в 2009 г. примут участие 11 субъектов РФ, отобранных по таким критериям, как состояние технического обеспечения медцентров и количество выявляемых больных. Отбор будет завершен уже в самое ближайшее время — заверила министр. В последующие годы в этой программе примут участие 83 российских региона. Звучит многообещающе, правда не понятно, почему в 11 отдельно взятых субъектах будут строить коммунизм, а в других — пусть умирают. И еще. «По секрету нам сказали», что в программе не заложено финансирование лекарств. Так что предполагаются строительство и закупка оборудования, но не лечение. Где-то это мы уже слышали...

Источник: Rost.ru, АТИ-ТАСС, собственные данные

Справка по перечню ДЛО 2008 года

В 2008 году Формулярный комитет РАМН направил Министру здравоохранения и социального развития РФ Голиковой Т.А. письмо, содержащие предложения по внесению изменений и дополнений в Перечень лекарственных средств, отпускаемых по рецептам врача (фельдшера) при оказании дополнительной бесплатной медицинской помощи отдельным категориям граждан, имеющим право на получение государственной социальной помощи (Приказ Минздравсоцразвития РФ № 665 от 18.09.2006 г.).

27 августа 2008 года вышел Приказ Минздравсоцразвития РФ № 451н «О внесении изменений в Перечень лекарственных средств, отпускаемых по рецептам врача (фельдшера) при оказании дополнительной бесплатной медицинской помощи отдельным категориям граждан, имеющим право на получение государственной социальной помощи» (зарегистрирован в Минюсте 10 сентября 2008 г.).

Из 11 лекарственных средств, предлагаемых Формулярным комитетом к включению в Перечень, ни одно не было одобрено Минздравсоцразвитием РФ в 2008 г. Далее перечислены лекарственные средства, которые Формулярный комитет рекомендовал включить в Перечень:

Средства, влияющие на кроветворение, систему свертывания:

Дарбэпоэтин альфа
Коллаген + фибриноген + тромбин + аprotинин + рибофлавин
Октоког альфа
Фактор свертывания VIII + фактор Виллебранда

Противоопухолевые, иммунодепрессивные и сопутствующие средства:

Алемтузумаб
Сорафениб
Сунитиниб

Прочие средства, влияющие на центральную нервную систему:

Мемантин

Средства, влияющие на сердечно-сосудистую систему:

Метопролол (таблетки с контролируемым высвобождением, покрытые оболочкой)

Средства, применяемые по решению врачебной комиссии, утвержденному главным врачом лечебно-профилактического учреждения:

Такролимус
Эзетимиб

В письме Формулярного комитета также содержались предложения по исключению части лекарственных средств (102 ЛС) из Перечня. Часть предложений Формулярного комитета была принята Минздравсоцразвитием РФ. В частности из Перечня, согласно рекомендациям Формулярного комитета, были исключены 35 лекарственных средств, среди которых:

Из группы «Ненаркотические анальгетики и нестероидные противовоспалительные средства»:

Метамизол натрий
Парацетамол + Фенилэфрин + Фенирамин + Аскорбиновая кислота

Из группы «Средства для лечения подагры»:

Безвременника великолепного алкалоид

Из группы «Прочие противовоспалительные средства»:

Хондроитин сульфат

Из группы «Средства для лечения аллергических реакций»:

Хифенадин

Из группы «Прочие средства, влияющие на центральную нервную систему»:

Гамма-аминомасляная кислота

Из группы «Средства для профилактики и лечения инфекций»:

Грамицидин С

Из группы «Противовирусные средства»:

Римантадин

Из группы «Противопаразитарные средства»:

Пирантел

Из группы «Средства для лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта»:

Активированный уголь
Аллохол
Комбинированные препараты, содержащие фосфолипиды
Тыквы обыкновенной семян масло

Из группы «Средства, влияющие на кроветворение, систему свертывания»:

Актиферин
Железа глюконат + Марганца глюконат + Меди глюконат
Из группы «Средства, влияющие на сердечно-сосудистую систему»:
Атенолол + Хлорталидон
Резерпин + Дигидралазин + Гидрохлоротиазид
Резерпин + Дигидралазин + Гидрохлоротиазид + Калия хлорид
Триметилгидразиния пропионат

Из группы «Средства, применяемы в офтальмологии»:

Атропин

Из группы «Витамины и минералы»:

Аскорбиновая кислота
Аскорбиновая кислота + Декстроза
Аскорбиновая кислота + Рутозид
Бензолипен
Витамин Е
Шиповника масло
Шиповника сироп плюс витамин С
Эргокальциферол

Из группы «Антисептики и средства для дезинфекции»:

Йод

Из группы «Прочие средства»:

Водорода пероксид
Кодеин + Пропифеназон + Парацетамол + Кофеин
Этилметилгидроксипиридина сульфат

Из группы «Средства, применяемые по решению врачебной комиссии, утвержденному главным врачом лечебно-профилактического учреждения»:

Инозин
Оксодигидроакридинилацетат натрия

Вместе с тем из Перечня не были исключены 67 лекарственных средств, рекомендованных Формулярным комитетом к исключению, в частности:

Антихолинэстеразные средства:

Галантамин
Пиридостигмина бромид

Опиоидные анальгетики и анальгетики смешанного действия:

Морфин + Наркотин + Папаверина гидрохлорид + Кодеин + Тебаин
Тримеперидин

Ненаркотические анальгетики и нестероидные противовоспалительные средства:

Индометацин
Комбинированные препараты, содержащие метамизол натрий
Парацетамол

Противосудорожные средства:

Бензобарбитал
Фенобарбитал

Средства для лечения паркинсонизма:

Циклодол

Анксиолитики:

Медазепам

Средства для лечения нарушения сна:

Золпидем

Прочие средства, влияющие на центральную нервную систему:

Баклофен
Винпоцетин
Гопантеповая кислота
Пирацетам
Тизанидин
Фенотропил
Циннаризин

Средства для профилактики и лечения инфекций:

Нитроксолин
Нитрофурантоин
Тетрациклин
Фуразидин

Противовирусные средства:

Арбидол

Противопаразитарные средства:

Мебендазол

Средства для лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта:

Адеметионин (перенесен в группу «Средства, применяемые по решению врачебной комиссии...»)
Алгедрат магния + Магния гидроксид
Бисакодил
Бифидобактерии бифидум
Лоперамид
Панкреатин + Желчи компоненты + Гемипеллюлоза
Холензим

Гормоны и средства, влияющие на эндокринную систему:

Тиамазол

Противоопухолевые, иммунодепрессивные и сопутствующие средства:

Кальция фолинат

Средства, влияющие на сердечно-сосудистую систему:

Валидол
Гидрохлоротиазид + Триамтерен
Каптоприл + Гидрохлоротиазид
Корвалол
Молсидомин
Мозксиприл (перенесен в группу «Средства, применяемые по решению врачебной комиссии...»)
Мяты перечной масло + Фенобарбитал + Хмеля шишек масло + Этилбромизовалерианат
Периндоприл + Индапамид (перенесен в группу «Средства, применяемые по решению врачебной комиссии...»)
Эналаприл + Индапамид

Гормоны и средства, влияющие на эндокринную систему:

Акарбоза

Средства, применяемы в офтальмологии:

Проксодолол
Таурин
Эмоксипин

Средства, влияющие на органы дыхания:

Бромгексин

Витамины и минералы:

Гендевит
Калия и магния аспарагинат
Тиоктовая кислота (перенесен в группу «Средства, применяемые по решению врачебной комиссии...»)

Антисептики и средства для дезинфекции:

Этанол

Прочие средства:

Гентамицин + Бетаметазон + Клотримазол
Диосмин
Лизатов бактерий смесь
Троксерутин

Средства, применяемые по решению врачебной комиссии, утвержденному главным врачом лечебно-профилактического учреждения:

Ботулинический токсин
Золедоновая кислота
Колекальциферол
Колекальциферол + Кальция карбонат
Рокситромицин
Триметазидин
Трописетрон
Церебролизин
Цефазолин
Эпросартан + Гидрохлоротиазид
Эптаког альфа (активированный)

Побудила положить пальцы на клавиатуру очередная громкая смерть молодого хоккейного гладиатора. Парень умер в полном расцвете сил и спортивного успеха. Первая мысль была: проспали дополнительный пучок в проводящей системе сердца. Нарушился ритм, остановилось сердце. Бывает. Но ведь ЭКГ делали ему неоднократно, наверняка — и под нагрузкой, что-нибудь должно было вылезти. Все такие безграмотные, пропустили слабость синусового узла? Впрочем, в безграмотность спортивных врачей верится без труда.

Но вот первые сообщения от врачей содержали любимое всем слово — ишемическая болезнь сердца. Она — ласкает слух, но не успокаивает — какая такая болезнь сердца в 19-то лет? Не бывает. И вот уже кто-то повторяет заповедь — не бывает шемической болезни в молодом возрасте. Но мы-то знаем, что бывает инфаркт миокарда и в более раннем возрасте — в младенчестве. А уж в 20 лет его довольно много, никак не единичные случаи, а к 30–40 годам — так просто полно, наверное, в каждом блоке постоянно лежит не один больной такого возраста. Правда, с возрастом все большую роль играют факторы риска, в первую очередь — курение. А что у молодого, никогда не пившего и не курившего?

Так и младенцы не пьют водку и не курят. А инфаркт миокарда, хоть и очень редко, но случается. Кстати, инфаркт миокарда и является нозологической формой в разделе «ишемические болезни сердца» МКБ 10. Наряду со стенокардией. В головах наших врачей благодаря многолетнему зомбированию сложился стереотип, что шемическая болезнь — это что-то такое отдельное, стенокардия от нее сама по себе, а инфаркт — тоже отдельно. Шемическая болезнь — это склероз сердечных сосудов. Кого ни спроси — все знают. А если склероза нет, а тромбоз есть? Нет, не шемическая, тут ведь никакого холестерина в стенке нет — значит не шемическая. Тромбоз он к склерозу не имеет отношения, только если тромб на бляшке, тогда — да-а.

Увы, любители жировой теории атерогенеза. Отложение жира — лишь конечный процесс воспалительной метаплазии сосудистой стенки. Там такие клеточные реакции — там, в сосудистой стенке, где никаких посторонних клеток быть не может. Там и макрофаги, и фибробласты, и остеокласты и остециты. И их предшественники. И куча факторов роста, воспаления и т. д. Ну, а в конце процесса — образование фиброза и... камня. Остается, впрочем, вопрос, как и почему все это туда попало. Откуда там воспаление?

Впрочем, в сторону мы ушли. Острая смерть — это либо нарушения ритма — остановка сердца, либо — тромбоз. Либо коронарный, либо — тромбоз легочной артерии. Не располагая точными данными, порассуждаем, что же это могло быть? Остановка сердца. Обычно у молодого парня сердце легко запускается вновь после удара кулаком по груди или, более цивилизованно, — при непрямом массаже сердца. Конечно, вместо массажа парня тащили с трибун, с глаз долой, как куль. Надеюсь, врача среди тащивших не было. Ибо понятно даже ежу — время на запуск сердца — секунды, ну 1–2 минуты — потом все меньше и меньше шансов.

Но только в кадре проходит несколько десятков драгоценных секунд. А ведь еще подбежать было нужно, подхватить... И нечего кивать на врачей «скорой» — они помочь уже не могли, если это остановка сердца. А дефибриллятор нужен, как в зарубежье, в каждом месте массового скопления граждан. И весь персонал должен уметь им пользоваться. Массаж должен делать каждый, это тема, как и дефебриляция — парамедицинская, она не для врачей. Но у нас парамедиков нет и тема эта — под запретом.

Вообще-то парню стало плохо на льду. Он чего-то как будто сбрасывал с себя, это видно на последних прижизненных кадрах. Что-то было — это уже не остановка сердца. Может быть, появились боли, или перебои в работе сердца, или слабость. Так эта клиника больше напоминает картину инфаркта. А инфаркт — это тромбоз. А тромбоз у молодого человека — это тромбофилия, склонность к тромбозам, обычно — врожденный дефект системы свертывания крови. Вдаваться в подробности не стану — много таких заболеваний и много таких людей, страдающих этой патологией в различной степени выраженности. Когда патология выражена сильно, появляется трагедия солдата Сычева. За последние годы, не занимаясь концентрацией этих больных, пришлось встретиться с тремя, причем двое молодых людей умерли. Во всех случаях диагноз удалось поставить при жизни, но это уже не помогло, так как массивная тромбоземболия обеих легочных артерий, тромбозы мезентериальных сосудов оказались несовместимыми с жизнью.

Конечно, можно и нужно спросить — а где те тромбы. Инфаркт — тромбоз, но на вскрытии его заметят. В том то все и дело, что не заметят. Сотрудникам БИТов хорошо известны проблемы общения с патологоанатомами, когда у первых на ЭКГ в течение часа картина инфаркта, которая не вызвала сомнений, но анализы крови сделать не успели, а патологи ничего не нашли — сосуды, говорят, интактны, а очага некроза — не видно. Одно время возлагали надежды на электронную микроскопию, но она оказалась в этом случае бессильной. И вот — тягаться. Хорошо, если патолог сговорчивый и ставит диагноз «по совокупности» с учетом клинических данных. А если упирается — получается расхождение: у клиницистов инфаркт, а в патанатомии — острая сердечная недостаточность.

Но все-таки, где же тромб? А он — рассосался. Тромбы лизируются. Свежий тромб за 2 часа исчезает. И у трупа тромбоз коронарной артерии, как правило, не находят, ибо тромболитизис продолжается и после смерти за счет того фибринолизина, который был захвачен тромбом при его образовании. Именно на этом эффекте и основан тромболитизис при инфаркте миокарда: если во-время — ишемические изменения в миокарде исчезают: нет никаких изменений. Вот они были на ЭКГ, а вот — уже их нет. Кстати, тромбозембол при тромбоземболии легочной артерии может быстро рассасываться, если он свежий. А может не рассасываться, если оторвался уже организованный тромб.

Вот такие мысли приходят иногда в голову при просмотре нашего телевизора.

ОБЩИЙ АНАЛИЗ

от П. Воробьева

ТРОМБОФИЛИЯ, ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА И СМЕРТЬ НА ЛЕДОВОЙ АРЕНЕ

АНТИРЕКЛАМА

Существует определенная категория БАДов, витаминов и лекарств, с помощью которых производители вытягивают деньги из покупателей. Янтарная кислота (бутандиовая кислота, этан-1,2-дикарбоновая кислота) $\text{HOOC}-\text{CH}_2-\text{CH}_2-\text{COOH}$ — двухосновная предельная карбоновая кислота. Бесцветные кристаллы, растворимые в воде и спирте. Температура плавления 185°C . Содержится в небольших количествах во многих растениях, янтаре. Соли янтарной кислоты называются сукцинатами. За рубежом янтарная кислота является альтернативой лимонной в качестве консерванта и регулятора кислотности в пищевой промышленности. Популяризаторы ее опираются на то, что янтарь с древности использовался в лечении разнообразных болезней и того, что янтарная кислота жизненно необходима нашим клеткам для осуществления цикла трикарбоновых кислот (основной источник получения энергии клетками). Дополняют все это какими-то неподтвержденными псевдонаучными исследованиями по продлению жизни. И впаривают, впаривают янтарную кислоту и БАДы вместе с ней. А так как необходимость янтарной кислоты организму никто не отрицает, то на эти сказки ведутся даже люди с медицинским образованием (особенно, если им обещают процент от продаж). Но на самом деле: янтарная кислота в таблетках — это выкинутые на ветер деньги.

С пищей мы получаем избыточное количество янтарной кислоты. А если кому-то будет ее не хватать — организм сам ее наделает сколько надо (в сутки в организм образуется до 300 грамм янтарной кислоты). Возможен только один вариант серьезного недостатка этой кислоты — генетический дефект. Но с таким дефектом эмбрион нежизнеспособен, что уж тут говорить про взрослого человека.

В таблетке в среднем 0,1 грамм янтарной кислоты. Какой эффект она окажет на организм, если это 1/3000 суточной потребности? Давайте тогда уж продавать чистый кислород в баллончиках для автовладельцев. Один баллончик

на 10 тысяч километров. Ну а если кто-то решится в день съесть по 5–10 грамм янтарной кислоты — то у меня только одно определение для такого человека — ДУРАК. Желудок гарантированно испортите, и проблемы кислотно-щелочным равновесием обеспечены.

Оставив в стороне стремление нынешних маркетологов все приукрасить, в том числе целебные свойства янтара, обратим внимание на пропорции. И заметим, что в янтаре очень мало янтарной кислоты. В обычной пище ее гораздо больше. Особенно в молочнокислых и квашенных. Поэтому меня сильно забавляют советы носить бусы и браслеты из янтара, чтобы янтарная кислота проникала через кожу в организм. Давайте лучше будем носить на груди кочан квашенной капусты?! Ведь в ней в десятки раз больше янтарной кислоты, чем в янтаре.

Если янтарная кислота во всех экспериментах продляла жизнь — почему она до сих пор продается как пищевая добавка без указания суточной потребности? Почему Минздрав (или американское FDA) ее не предлагают в качестве лекарства от старости? Почему она отсутствует в продаже в подавляющем большинстве иностранных магазинов здоровой пищи и аптек? А ведь только в одних Штатах на разнообразных средства от старения тратится в год больше, чем во всем СНГ на все лекарства, витамины и БАДы вместе взятые. На самой крупной толкучке мира (ebay.com) я нашел только одну позицию с янтарной кислотой — 250 грамм особой чистой для лабораторных исследований как реактив. А вот Q10 — более 400 разнообразных позиций. На алибабе больше 100 оптовиков предлагают Q10, а янтарную кислоту — единицы, хотя Q10 в производстве существенно сложнее.

Конечно, хотелось бы данных исследований, но производители БАД не утруждают себя такими изысками.

По материалам сайта Андрея Мальгина
http://www.superidea.ru/2008/06/07/jantarnaja_kislota_razvod_na_dengi.html

ИнтерНьюс

Добрые люди, продававшие БАДы под видом лекарств, пойдут под суд

В Воронежской области направлено в суд уголовное дело по обвинению организованной преступной группы в совершении преступлений. Обвиняемые торговали БАДами, выдавая их за лекарства. В результате преступники похитили у граждан около 5 млн. рублей. Прокурор Коминтерновского района города Воронежа утвердил обвинительное заключение по уголовному делу в отношении Владимира Бабюк, Инны Толмачевой, Галины Дучевой, Дмитрия Васечкина и Владимира Куликовского, обвиняемых в совершении 273 эпизодов преступлений, предусмотренных частью 4 ст. 159 УК РФ (мошенничество, совершенное организованной группой). По версии следствия, четверо жителей города Волгограда и житель Воронежа, объединившись в организованную преступную группу, дали рекламу в средства массовой информации на территории Российской Федерации о продаже лекарств для лечения от алкогольной зависимости и похудения. Один из обвиняемых представлялся врачом и рассказывал обратившимся гражданам об эффективности и пользе продаваемых «лекарственных средств». Другие сообщники занимались доставкой товара. Фактически гражданам продавались обычные биологически активные добавки по цене, в десятки раз превышающей их действительную стоимость. В одном из эпизодов преступной деятельности обвиняемые реализовали биологически активные добавки за 30000 рублей, тогда как их общая стоимость составляла всего 1000 рублей. Всего в течение 3 лет, за период с июля 2004 г. по май 2007 г., обвиняемые похитили у граждан путем обмена денежных средств на сумму более 4 млн. 700 тыс. рублей и были задержаны в результате проведенных оперативных мероприятий. После утверждения обвинительного заключения прокурором уголовное дело направлено в суд.

Источник: Портал «Вечная молодость»
<http://vechnayamolodost.ru/>

Неравенство в здравоохранении

В своем последнем отчете ВОЗ предупреждает о растущем неравенстве в уровне оказания медицинской помощи между бедными и богатыми странами, что может привести к разнице в ожидаемой продолжительности жизни до 40 лет. Еще несколько десятилетий назад эта разница была не столь критичной. Так, из 136 млн. женщин, родивших в этом году, 58 млн. были лишены врачебной помощи, что поставило под угрозу жизнь как матерей, так и младенцев. А государственные инвестиции на здравоохранения варьируют в зависимости от конкретного государства от 20 долларов на человека в год до 6000 долларов. ВОЗ изучила ныне существующие системы здравоохранения по всему миру и отметила, что сильнейший дисбаланс наблюдается не только между разными государствами, но даже между городами одной страны. Например, в благополучных районах Найроби детская смертность до 5 лет составляет 15 человек на 1000, тогда как в бедных районах эта цифра поднимается до 254. Специалисты ВОЗ призывают мировое сообщество к активным действиям, направленным на преодоление этого вопиющего неравенства, путем концентрации внимания и средств на первичной и профилактической медицинской помощи. По оценкам ВОЗ, адекватные профилактические меры способны сократить количество заболеваний в мире на 70%.

Источник: compulenta.ru

Депрессия у коронарных больных

В рекомендациях Американской ассоциации сердца подчеркивается, что пациентов после инфаркта необходимо скринировать на депрессию и при ее выявлении назначать терапию. Э. Фроэлихер (University of California, США), один из авторов рекомендаций, отмечает, что у пациентов, перенесших инфаркт миокарда, распространенность депрессии в 3 раза выше, чем в общей популяции. При проведении обследования в клинике, выявлено, что у 15–20% пациентов с инфарктом миокарда имеются критерии большой депрессии. При анализе национального регистра коронарных больных в который включено 30 000 человек, показано, что у 9,3% пациентов с заболеваниями сердца развивается большая депрессия по сравнению с 4,8% лиц без кардиальной патологии. Кроме того, депрессия ассоциирована с ухудшением прогноза. У пациентов с депрессией риск рецидива инфаркта миокарда в течение 1–2 лет после инфаркта удваивается. Пациенты с депрессией характеризуются снижением приверженности к медикаментозной и немедикаментозной терапии. Врачи должны включать скрининг на депрессию в программу обследования всех пациентов. При положительном результате скрининга пациентам необходимо направлять к специалистам для углубленного обследования и подбора терапии.

Источник: *Circulation* 2008

АНТИРЕКЛАМА

Некоторое время назад в Интернете на нескольких сайтах (<http://elusaveng.livejournal.com/1505.html> и др.) появился нижеприведенный проект письма Президенту России, призванный привлечь внимание главы государства на «витуридный геноцид» россиян, с коим уже 15 лет борются добропорядочные российские врачи. Редакция газеты «Московский доктор» присоединяется к этому обращению.

ОТКРЫТОЕ ПИСЬМО

(проект)

Президенту России Д.А. Медведеву

Господин президент!

Мы, нижеподписавшиеся, крайне озабочены тем, что с недавних пор ООО «Витурид плюс» активизировало деятельность по реабилитации своего препарата. Витурид представляет собой 0,033-процентный раствор в вине сулемы (дихлорида ртути) — ядовитого вещества, не имеющего никаких лечебных свойств и, более того, являющегося опасным ядом. Для того чтобы понять полную антинаучность этой разработки, достаточно короткой цитаты из самой свежей из опубликованных на сайте viturid.ru «статьи» о воздействии ртути на организм человека автора Тамары Васильевны Воробьевой — создателя уникального препарата Витурид. «Витурид, ртуть, торсионные поля, электромагнетизм!» При действии лекарственного средства витурид на организм человека, усиливается его аура, отдельная чakra, а аурическое яйцо, охватывающее все тело, светящееся семью праническими цветами, вибрации которых соответствуют семи чakraм. Ведь каждая чakra в организме имеет свою частоту колебаний света (вибрации), а чakra Сахасрара, которой соответствует планета Меркурий, металл ртуть, образует аурическое яйцо из суммы всех вибраций (лепестков) предыдущих чакр ($4 + 6 + 10 + 12 + 16 + 2 = 50$) повторенные 20 раз по спирали, т. е. образует ауру человека. Так, при воздействии микродоз биотической ртути на организм человека усиливается его аура и увеличивается напряженность некоторых участков магнитного поля человека, выражающаяся в том, что эти участки тела способны удерживать металлические предметы весом от нескольких грамм до нескольких килограмм».

В течение многих лет разработчики витурида пытались доказать его эффективность для лечения рака, СПИДа, гепатита, псориаза и множества других болезней. Резюме многочисленных экспертиз, проведенных в квалифицированными специалистами различных научных и медицинских учреждений России и Украины, сводится к следующему: это не лекарство, а отравка. Согласно письму Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития о забракованных лекарственных средствах и об изъятии фальсифицированного препарата от 29 сентября 2004 г. № 4130/04 (http://jurist.nm.ru/med_3_2004.htm), «Витурид не разрешен к применению на территории Российской Федерации, производится ООО «Витурид плюс», не имеющим лицензии на право производства и реализации лекарственных средств».

Генеральная прокуратура предложила прокурорам субъектов РФ провести проверки с целью предотвращения распространения и использования препарата витурид (<http://www.genproc.gov.ru/news/news-436/>). Подробности о том, что такое витурид, и описание действий его разработчиков, предпринятых в июне 2008 года, можно прочитать в статье с красноречивым названием «Отравители, или Во имя матери, и сына, и духа вредного» (<http://www.lebed.com/2008/art5333.htm>), опубликованной в выходящем в Бостоне русскоязычном альманахе «Лебедь». К сожалению, редакции практически всех российских СМИ, опубликовавшие хоть одно плохое слово о витуриде, недавно получили от адвоката гр. Воробьева претензии с требованием опровергнуть «клевету» и оплатить компенсацию морального вреда, и явно предпочитают отмаливаться.

Особое беспокойство вызывает то, что поводом для очередной попытки реабилитировать витурид послужила публикация статьи «За шаг до излечения, или как можно остановить прогресс» (http://www.russia-today.ru/2008/no_09/09_continuation_01.htm) в журнале «Российская Федерация сегодня», № 9, май 2008. И в этой статье, явно написанной под диктовку директора ООО «Витурид плюс» Е.В. Воробьева, и в опубликованном в том же журнале (№ 18-2007) «письме читателя» (того же Воробьева) нет ни слова правды: все факты в них поданы с точностью до наоборот, за исключением ссылок на заказные и явно рекламные статьи, опубликованные за последние годы в российских СМИ. Самое страшное — то, что в этой статье неоднократно проскальзывают намеки на необходимость включения витурида в «программу-2020». При всем уважении к свободе печати мы считаем, что публикация такого рода материалов не в желтой прессе, а в официальном журнале Федерального собрания, недопустима. Нам неизвестно, сколько человек (главным образом онкологических больных) погибло в результате приема витурида — как непосредственно, так и косвенно, из-за вызванного ртутной интоксикацией ухудшения и без того подорванного здоровья и отказа

от лечения общепринятыми методами. В одной из свежих публикаций по поводу того, что в Петрозаводске накрыли склад с ртутьсодержащей жидкостью («Витурид» скорее жив, чем мертв? — Новости Петрозаводска, 17.06.2008, <http://vesti.karelia.ru/news/main/1977>) сказано: «от деятельности «Витурид-плюс» пострадали более 1,5 тысяч человек». Другая, более ранняя, кончается так: «Стоит упомянуть, что по некоторым свидетельствам, на стационарной судебно-психиатрической экспертизе Е.Воробьева признали психически невменяемым. Поэтому-то он и избежал ответственности за свои противоправные действия, хотя с жалобами на него обратились более тысячи человек («Чудодейственный «витурид» из Карелии оказался не лекарством, а отравой», АНН, 26.07.2007, <http://www.annews.ru/news/detail.php?ID=113493>).

А статья в журнале «РФ сегодня» заканчивается очень оптимистично: «...приказом по министерству, пусть даже это и Минздрав, прогресс остановить невозможно... отмахиваться от научных открытий ни под каким предлогом просто недопустимо... Но разбираться в этом вопросе уже не в компетенции редакции. Этим должна заняться специальная комиссия. Проблема того стоит». Примечательное совпадение: сенатором от Карелии в Совете Федерации является Виктор Степанов, жена которого работала в петрозаводском отделении ООО «Витурид плюс». Если для решения этой проблемы будет создана очередная (которая уже по счету?) комиссия, мы очень надеемся, что результаты ее работы помогут окончательно закрыть витуриду дорогу в медицину.



А вот в тему комментарий профессора А.Н. Маца на Солвей-форуме в дискуссии: «Преодолимо ли шарлатанство?»

«Яду капнули в вино,
На меня набросились,
Отравить меня хотели,
Но опростоволосились!»
В. Высоцкий

Витурид, широко рекламируемое уже 15 лет средство от всех скорбей, — это 0,033% раствор ртути дихлорида (сулемы) в сухом вине. На оглушительном по беспардонному шарлатанству сайте <http://www.viturid.ru/index.htm> для излечения рака или СПИДа настоятельно рекомендовано принять внутрь 5–7 месячных курсов витурида, суммарно 1,5–2,1 г. сулемы. Тут важно отметить, что большинству самоубийц было достаточно 1–4 г. сулемы, а некоторым и 0,5. Разумеется, растянутое во времени потребление сулемы токсикологически менее демонстративно. Однако, я хочу обратить внимание уважаемых читателей на иной аспект наблюдаемого абсурдного явления. Два патологически активных индивида без следов медицинского образования — Е.В. Воробьев (сын) и Т.В. Воробьева (мама), позиционируют себя профессорами и академиками шести мифических и полумифических российских и международных академий, бесстыдно демонстрируя медали, дипломы, грамоты, патенты и проч. Они развернули беспрецедентную по безграмотной наглости пропаганду в СМИ и околонаучных изданиях своего «открытия» «универсального средства для лечения всех видов злокачественных и доброкачественных новообразований, иммунодефицитов различного происхождения, в том числе и вызванных вирусом иммунодефицита человека, системных коллагенозов и т. п.», организовали производство и нелегальную продажу (по заоблачным ценам — за курс 18 тыс. руб. минимум) этого средства по городам и весям России, без какого-либо разрешения применяли его на 35 тысячах (по их словам) пациентов с тяжелой патологией (рак, СПИД, гепатиты, герпесвирусные инфекции, псориаз и т. п.). Материа-

лы «клинических испытаний» и исследований безвредности Витурида, обильно представленные на сайте <http://www.viturid.ru/index.htm>; это надругательство над простейшими принципами токсикологии и доказательной медицины в вульгарной форме. Откровенное вранье утопает в вязком псевдонаучном и эзотерическом бормотании. Т-клетки, цитокины и антитела чередуются с аурой, чakraми, аурическими яйцами, праническим и астральным свечением, торсионными полями и прочей белибердой. Журналисты-правдоискатели пишут, что найдено не менее 1,5 тыс. пострадавших от лечителя сулемой <http://elusaveng.livejournal.com/710.html>. Переплетии борьбы официальной российской медицины и юриспруденции с нахрапистыми лечителями сулемой подробно изложены здесь http://ssop.kspu.ru/z_med.htm. «Академик» Е.В. Воробьев по суду объявлен невменяемым и проходит курс принудительного психиатрического лечения (закосил, видимо, от внушительных сроков). «Академик» Т.В. Воробьева выставила на продажу документы на Витурид, включая 34 патента (в том числе, международные) на «лекарственное средство» и способы его применения, не слабо оценив весь пакет в \$800 млн., и выдвинула примерно 90 судебных исков по компенсации морального вреда против каждой из газет, которые опубликовали нечто критическое о ее препарате или о ее методах лечительства.

Более того, весной — летом этого года в Медицинской газете и журнале «Российская Федерация сегодня» вновь появились статьи, реабилитирующие Витурид и его создателей, и об их праведной борьбе с российской бюрократией, запретившей «эликсир жизни» и «волшебное» лекарство против рака. http://www.viturid.ru/publikacii/med_gaz2/index.html http://www.viturid.ru/publikacii/med_gaz/index.html http://www.russia-today.ru/2008/no_09/09_continuation_01.htm.

Маркерные черты агрессивного шарлатанства столь выпукло, ярко и полно представлены в истории витуридного абсурда, что, хоть сейчас, можно писать учебник антишарлатанства. В истории российского околomedического шарлатанства, конечно, были эпизоды и похлеще: целители Бадмаев, Вревский, Гачковский, Аврахов, Докучаев, Бурлаков, Лепшинская и, разумеется, толпы гомеопатов, фитотерапевтов и психоаналитиков. И всякий раз имело место агрессивное проникновение шарлатанов в профессиональные занятия медицинского сословия и мимикрия под лечащих врачей. В афере «Витурид», как мне кажется, проявилась новая, характерная для России черта — инфильтрация врачебного мышления примитивными шарлатанскими идеями. Я прикинул — в отчетных документах на экспериментальные и незаконные клинические испытания, в многочисленных статьях и докладах Международного симпозиума по Витуриду <http://www.viturid.ru/sympos.html> — фигурирует не одна сотня фамилий дипломированных врачей, кандидатов и докторов медицинских, ветеринарных и химических наук, занимающих серьезные посты в государственных медицинских и ветеринарных учреждениях. Как минимум они легко и толерантно восприняли «науку» и криминальный образ действий шарлатанов. Неужели только гипнотический взгляд Воробьевой (так смотрели экстрасенсы Кашпировский, Чумак или «потомственный колдун» Тарасов) <http://www.viturid.ru/index.htm> и заманчивое предложение имитировать медико-биологические исследования подвинул всех этих специалистов на противоправную деятельность? В качестве ответа на вопрос приведу пафосное восклицание журналиста-правдоискателя: «Это + признак той страшной коррупции, которой подвержена страна. Мать и сын собрали с больных раком (многие из которых досрочно погибли благодаря Витуриду) огромные деньги. И эти деньги пошли по подкуп местного Петрозаводского начальства, на заказные хвалебные публикации в российской прессе, на получение нужных экспертных оценок, на обвешивание себя разными почетными званиями и медалями. А теперь идут на оплату их адвокатов и на сутяжничество» <http://www.lebed.com/2008/art5333.htm>. Мне нечего возразить. А вам, уважаемые коллеги?

Ваш А. Мац

ПИСЬМА

Глубокоуважаемые коллеги!

Очень понравилась Ваша газета «Московский доктор». Чувствуется, что редакции безразличны проблемы рядовых врачей. Очень хотелось бы получать эту газету, чтобы быть в курсе дел московских врачей-терапевтов.

Профессор Кляшева С.М.

02—04.08. Ши́ра—Абака́н. ...где золото моют в горах. Ши́ра — небольшой райцентр, километрах в 250 от Абакана. Была кое-какая промышленность. Есть профтехучилище — готовит тех, кто потребен в районе. Например, фермера готовят 3 года, оператора ЭВМ — 2 года. Раньше вокруг были богатые совхозы — Богатырь, Целинник — теперь они прозябают кое-как: сеют и жнут — но не так много как раньше, коровники разрушены. Но частные стада коров гуляют по полям, мясные бычки. Огромное количество лошадиных косяков, не табуны: оказалось, что косяк — это жеребец и несколько десятков кобыл с жеребятами, а в табуне несколько жеребцов. Косяк тащится лениво, жеребец стоит и оглядывает с возвышенности свое семейство. С одного места можно увидеть 3—4 косяка. Раньше местные жители были кочевниками, лошади были и мясом и транспортом, они — лошади — возвращаются. И это экономически верно: земля не очень плодородна, дает урожая в 2—3 раза меньше, чем соседний Красноярский край, зачем ее мучить. Трава — да, а зерновые — не очень. Сергей Иванович, возивший нас по этим местам, заметил: раньше было много пашни, коровников, но не было ни мяса, ни хлеба, теперь — пашни мало, коровников нет, а мяса и хлеба — хоть объесться.

Вокруг Ши́ра, да и в самом поселке, бесчисленное число озер. Это не лужи, размеры их по 10—15 км в длину. Самое интересное — солёность — от абсолютно пресных, до соленых настолько, что в них можно лежать на спине и читать газету. Сразу вспоминаются истории про Мертвое море, куда Андрей Иванович, по своей привычке, нырнул, а вынырнуть смог с трудом: пардон, мягкое место поднимается, выталкивается водой, а голова соответственно опускается. Тут плавать невозможно, только лежать на спине. Все время нужно держать баланс, так как есть опасность перевернуться и хлебнуть этой горькой воды.

На этом же озере Туз есть лечебные грязи и многие ходят целый день, обмазавшись ими. Утверждения, что эта вода и грязь смывает кожные болезни и аллергию бездоказательны, но уж очень хороша водичка. Народ тянется сюда со всей Сибири, да и москвичи заглядывают. Палатки в короткий сезон стоят в 4 ряда, есть и организованные стоянки — типа кемпинга, с водой, душем, туалетами и даже домиками. И стоит домик не очень много — 700—800 руб. с человека в день, но попасть туда — сложно. На других озерах народу поменьше, пожалуй, еще Беле пользуется такой же популярностью. На озере Ши́ра санаторий — грязеводолечебница. Туристами живет вся округа, хотя сезон, повторюсь, краток. Но и кормежка и питье, и катание на лошадях и верблюдах — все идет в ход.

Утром поехали к шаману. Точнее — к шаманке. Она — кандидат исторических наук, человек в Хакасии известный. Татьяна Васильевна сочетает бизнес-процессы с реальным шаманством, к ней ездят «ученики»: кто просто посмотреть, развеяться, кто действительно верит в чудеса. Рассказывала Татьяна Васильевна про многочисленные примеры обретенных детей — видимо это ее специализация. Рассказы — убедительны, проверить только нельзя. Живет она и ее команда летом в юртах. Все хозяйство располагается на большой поляне около реки невдалеке от деревни, прямо за ее домами. Кроме юрт, стоят современные китайские закрытые тенты, кухня с газовой плитой, биотуалет. Все — цивилично.

Впрочем, все это не заменяет рентгена. Уже в лагере шаманка водила рукой над травмой, сказала, что порваны связки, потом — что отек рассосался и девушку увезли все-таки в райбольницу. В заключение мы участвовали в шаманском обряде. Теперь, говорят, это стало частым явлением, хотя раньше, при советской власти навыки были практически утрачены. Обязательным является костер. Все действие происходит вокруг костра, который нужно кормить едой. Остатки хлеба кладут в огонь, а не кидают, чтобы показать духам уважение. Наряд шамана состоит из халата, на котором навешано много лент, колокольчиков, крылья совы, плетенные косы, какие-то когти. Видимо, каждый из атрибутов что-то значит. На голове — перья, точь-в-точь, как на картинках про индейцев. Весь наряд и обряд очень ассоциируется с фильмами про индейские племена. Большой бубен, сантиметров 50 в диаметре греется в пламени костра — шаман вносит его в горячую струю, держит 3—5 секунд и пробует. Процедура повторяется. Потом греется с другой стороны, немного — обруч. Наконец появляется очень громкий звук. Все это время можно снимать, после начала обряда Татьяна Васильевна просила выключить камеры. Она предлагает прилечь на пластиковые циновки, расслабиться, закрыть глаза и рассредоточиться, внимая шаману. Начинается обряд, она поет, входит в транс, раскачивается из стороны в сторону, переступая ногами.

Вскоре к ней присоединяется внучка Таня, она повторяет за бабушкой слова, ходит за ней вокруг костра, даже в какой-то момент придерживает бабушку, когда та птается. И вдруг — наступает в костер. Одной босой ногой. Меня всего передергивает, девочка еле сдерживает слезы, садится на циновку. Ей очень больно, я встаю, подхожу к ней и начинаю ее уговаривать. Она захлебывается слезами, пытаюсь их удерживать. Осматриваю ногу — несколько небольших волдырей, пара — под пальцами, один — на боковой поверхности большого пальца. Проходя мимо, шаманка кидает мне какую-то фразу, типа, оставьте ее. Без злости, но жестко. Обряд не прерывается, не сворачивается, а поскольку



На озере Туз трудно утонуть

Не удалось ничего понять про историю народов Хакасии — никто толком не знает, откуда они и кто. Родственники ближайшие — киргизы, какие-то переселения были, есть хакасы и в Монголии и в Китае, есть вроде поселение на Северном Кавказе. Уже позже, из книги про Енисейский острог, я узнал, что ближайшие родственники хакасов — исчезнувшие аринцы и кеты. Последние до сих пор живут под Красноярском, в основном вокруг Туруханска, числом около 3000 человек. Хотя языковые группы — разные. При этом одна из родовых групп кетов называлась сымско-касская (хакасская?). Я заикнулся про фармакогенетику — мол, как это важно, — услышал, что генетические особенности хака-

сов совпадают с таковыми у индейцев. Вот тебе на. Впрочем, и обряды похожи, внешняя их атрибутика, только никакой воинственности у хакасов нет. А кеты жили еще 100 лет назад в вигвамах, и тоже считаются родственниками североамериканских индейцев. По замечанию А. Бродникова, автора «Енисейского острога», народы левобережья Енисея не представляли собой этнически единых групп: более многочисленные народы теснили тех, кто слабее, процесс миграции и смешения происходил многие столетия. Вообще тема эта заставила покопаться в Интернете, но, не являясь историком, скажу — еще очень много места для исследований, в том числе — генетических.

После разговоров в юрте решили сделать небольшой сплав — километров 5 — на лодке. Река тут совсем безопасная — категории 2-й, не выше. На плоту для рафтинга оказалась с нами 7-летняя внучка Татьяны Васильевны, которой вполне серьезно предлагалось разогнать облака. Обычная такая живая девочка, играет в камешки, бегаёт наперегонки. И спокойно так отвечает — мол, я же пытаюсь, ты же видишь, но совсем убрать облака не могу. Диалог этот повторялся много раз, девочка, мне показалось, абсолютно серьезно отвечала бабушке.

Посреди спокойного умиротворяющего сплава услышали мы голос зовущего — помогите. Мы причалили к берегу: одна из московских посетительниц подвернула ногу и идти не может. Владимир Владимирович, Саша, бывшие с нами на плоту оказались в тапочках, в которых по горам не полезешь. Я послал Андрея и Мишу на подмогу, так как они были в кроссовках. С девушкой были 2 парня, но по осыпям и отвесным стенкам — пусть и не большим — на одной ноге не походишь. Объяснил Андрею, как проверить наличие перелома — аккуратной тракцией по оси кости внутрь (конечно, если его так не видно), и что в случае перелома обязательно нужно фиксировать на палку через 2 сустава. Достаточно просто привязать — уже будет легче тащить. Андрей вырубил березовую палку и наложил первую в своей жизни шину, привязав стопу платком, а голень — ремешком от фотоаппарата.

В конечном счете, со спуском провозились 2 часа. Где-то несли девушку на закорках, страхуя отвязанными от плота веревками, где-то передавали на руках, выстроив цепочку в три этажа. Большой боли не было, но признаки перелома — налицо. Еще один важный, не помню откуда услышанный симптом — если боль при травме «дала в голову» — скорее всего перелом. Это — болевой эффект с надкостницы.

Впрочем, все это не заменяет рентгена. Уже в лагере шаманка водила рукой над травмой, сказала, что порваны связки, потом — что отек рассосался и девушку увезли все-таки в райбольницу.

В заключение мы участвовали в шаманском обряде. Теперь, говорят, это стало частым явлением, хотя раньше, при советской власти навыки были практически утрачены. Обязательным является костер. Все действие происходит вокруг костра, который нужно кормить едой. Остатки хлеба кладут в огонь, а не кидают, чтобы показать духам уважение. Наряд шамана состоит из халата, на котором навешано много лент, колокольчиков, крылья совы, плетенные косы, какие-то когти. Видимо, каждый из атрибутов что-то значит. На голове — перья, точь-в-точь, как на картинках про индейцев. Весь наряд и обряд очень ассоциируется с фильмами про индейские племена. Большой бубен, сантиметров 50 в диаметре греется в пламени костра — шаман вносит его в горячую струю, держит 3—5 секунд и пробует. Процедура повторяется. Потом греется с другой стороны, немного — обруч. Наконец появляется очень громкий звук. Все это время можно снимать, после начала обряда Татьяна Васильевна просила выключить камеры. Она предлагает прилечь на пластиковые циновки, расслабиться, закрыть глаза и рассредоточиться, внимая шаману. Начинается обряд, она поет, входит в транс, раскачивается из стороны в сторону, переступая ногами.

Вскоре к ней присоединяется внучка Таня, она повторяет за бабушкой слова, ходит за ней вокруг костра, даже в какой-то момент придерживает бабушку, когда та птается. И вдруг — наступает в костер. Одной босой ногой. Меня всего передергивает, девочка еле сдерживает слезы, садится на циновку. Ей очень больно, я встаю, подхожу к ней и начинаю ее уговаривать. Она захлебывается слезами, пытаюсь их удерживать. Осматриваю ногу — несколько небольших волдырей, пара — под пальцами, один — на боковой поверхности большого пальца. Проходя мимо, шаманка кидает мне какую-то фразу, типа, оставьте ее. Без злости, но жестко. Обряд не прерывается, не сворачивается, а поскольку

Продолжение на стр. 10

ИнтерНьюс

Два миллиона за ногу

Жительница Новосибирска, которой ампутировали ногу из-за неправильного лечения, получит 2 млн. руб. в качестве компенсации морального ущерба. Такое решение было вынесено Калининским районным судом Новосибирска. В июле 2004 г. О. Кондрашкина попала в новосибирскую городскую больницу № 1 с вывихом коленного сустава после автомобильной аварии. После скелетного вытяжения на ногу был наложен гипс. У Кондрашкиной начались сильные боли, однако врачи не обращали внимания на ее жалобы. Спустя несколько дней, у пациентки развилась гангрена, вызванная тромбозом подколенной артерии. Врачи были вынуждены ампутировать ногу. Медики городской больницы № 1 утверждали, что осложнение возникло случайно, однако две независимые экспертизы, проведенные в Томске и в Омске, пришли к иному выводу. Согласно их заключению, тромбоз был спровоцирован наложением гипсовой повязки, и пациентка потеряла ногу из-за целого ряда врачебных ошибок. После судебного заседания юристы горбольницы вновь заявили, что считают проведенное лечение правильным, и намерены обжаловать решение Калининского суда.

Который раз скандальная ампутация, и который раз вопрос — не было ли у женщины тромбофилии — врожденного дефекта свертываемости, ведущего к тромбозам. Тромбоз артерии просто так не бывает! Под гипсом может быть пролежень, синдром длительного сдавливания, но не тромбоз.

Источник: Российская газета, собственные данные

Аспартам безопасен!

Аспартам используется как синтетический непищевой сахарозаменитель более чем в 90 странах мира и входит в состав более 6000 продуктов. Доктор В. Магнусон выполнил обзор научной литературы, посвященной всасыванию и метаболизму аспартама, современному уровню его потребления, токсичности, а также изучению данных последних эпидемиологических исследований. Администрация по контролю за применением пищевых продуктов и лекарственных средств США (FDA) и Европейская администрация по контролю за безопасностью пищевых продуктов оценивают как безопасную при ежедневном приеме дозу в 50 и 40 мг/кг массы тела в сутки соответственно. На сегодня потребление аспартама, даже среди лиц, активно использующих его, остается значительно ниже этих доз. Единовременный прием больших доз аспартама может влиять на некоторые биохимические показатели человека, в частности, на концентрацию аминокислот в крови и нейромедиаторов в ткани мозга. После приема доз аспартама, не превышающих 50 мг/кг/сут, концентрация фенилаланина и аспартамовой кислоты в сыворотке крови повышаются не больше, чем после приема пищи. Критический обзор исследований, посвященных канцерогенезу, не выявил убедительных доказательств канцерогенности аспартама. Результаты всеохватывающих исследований, посвященных проблеме нейротоксичности аспартама, не подтверждают гипотезу о влиянии включения аспартама в диету на функционирование нервной системы, обучение и поведение людей. Таким образом, существующие на сегодня данные убедительно доказывают безопасность потребления аспартама как сахарозаменителя.

Источник: Доказательная медицина и клиническая эпидемиология, 2008, № 1

Премьер-министр Владимир Путин на заседании Президиума Совета по нацпроектам сообщил, что в скором времени в каждом субъекте РФ будет создан сосудистый центр, обеспечивающий оказание медицинской помощи в первые 3 часа после обращения, а также специализированные сосудистые отделения в муниципальных больницах. Это должно помочь добиться того, чтобы больные сердечно-сосудистыми заболеваниями повсеместно получали качественную и своевременную помощь. Премьер-министр напомнил, что согласно проекту, который начал реализовываться в текущем году, в каждом субъекте РФ появится региональный сосудистый центр, а в муниципальных учреждениях будут созданы 3—6 сосудистых отделений. Кроме того, предполагается организовать круглосуточную работу диагностических служб, телемедицинскую связь, оптимизировать работу «скорой помощи» и обеспечить проведение ранней реабилитации. На реализацию этого проекта в 2008 г. государство выделяет 3,6 млрд. руб., в том числе на закупку оборудования — 2,9 млрд. руб. и 731 млн. руб. — на оснащение федеральных клиник.

Вот еще бы дороги построить. Пробки разгрузить и научить больных вовремя обращаться к врачам. В Москве среднее время от начала ангинозного приступа до госпитализации — 18 часов, из них 15 — время раздумья пациента на тему «звать врача или нет».

Источник: ИТАР-ТАСС, собственные данные

ИнтерНьюс

Так ли хороши стенты с лекарственным покрытием

Доктор R. Hill оценили эффективность и соотношение эффективности и затрат при применении стентов с лекарственным покрытием при чрескожных коронарных вмешательствах у пациентов с заболеваниями коронарных артерий. Источник данных: MEDLINE, EMBASE и Cochrane Library (с 2002 г. по 2005 г.). В 17 рандомизированных исследованиях, сравнивавших стенты с покрытием, и металлические стенты без покрытия, не выявили статистически значимой разницы в смертности и заболеваемости инфарктом миокарда в течение 3 лет. Выявили значительное уменьшение потребности в повторной реваскуляризации при использовании покрытых стентов по сравнению с непокрытыми. С точки зрения возникновения двойного рестеноза и сужения просвета сосуда ниже места стентирования, покрытые стенты также выглядели благоприятнее, чем непокрытые. В 8 исследованиях не выявили статистически значимой разницы в смертности и заболеваемости инфарктом миокарда в зависимости от типа покрытого стента. При мета-анализе, включавшем такие исходы, как потребность в реваскуляризации того же поражения, того же сосуда и комбинация этих событий, выявили незначительное преимущество эффективности покрытых стентов марки Curge над маркой Taxus. 10 полных экономических оценок были включены в экономический обзор. Совокупность доказательств указывает на то, что покрытые стенты более выгодны у пациентов групп повышенного риска. Анализ «затраты/полезность» выявил, что применение покрытых стентов уменьшает частоту повторных реваскуляризаций (для оценки полезности применяли широкое определение реваскуляризации: любая повторная процедура на любом сосуде или участке поражения). Увеличивающаяся со временем польза для пациентов описана как снижение потери лет жизни с поправкой на ее качество (QALY) в результате избежания повторных реваскуляризаций.

Таким образом, применение покрытых стентов наиболее целесообразно у пациентов с высоким риском повторной реваскуляризации и может рассматриваться как экономически выгодное лишь у небольшого числа таких больных. Эти выводы схожи с предыдущими оценками авторов настоящего обзора.

Источник: *Доказательная медицина и клиническая эпидемиология, 2008, № 1*

Неужели вместо дела, кровь сосать не надо?

В рамках программы, направленной на модернизацию Службы крови России, в стране планируется создать сеть высокотехнологичных плазмоперерабатывающих производств. Соответствующий приказ был утвержден Министерством здравоохранения и социального развития РФ 18.08.08. По словам заместителя директора департамента организации медицинской помощи и развития здравоохранения Минздравсоцразвития России Елены Бугровой, в настоящее время в нашей стране отсутствует промышленное производство ряда препаратов крови. «Принятое решение позволит уйти от дорогостоящих закупок и обеспечить потребности при лечении многих пациентов качественными отечественными препаратами крови». Все плазмоцентры будут оборудованы с учетом новейших технологий в области промышленного производства компонентов крови. В частности, как рассказала Елена Бугрова, все плазмоперерабатывающие производства планируется оснастить современной лабораторной базой по исследованию качества крови, лабораторной базой по исследованиям на различные инфекционные заболевания, системой хранения и транспортировки сырья. Автоматизация производственного процесса станет гарантией безопасности и качества компонентов крови, которая будет переливаться пациентам. По информации пресс-службы Министерства, в скором времени плазмоцентры появятся во многих субъектах РФ: в Кировской области, в республиках Чувашия, Марий Эл, Татарстан и других регионах.

Источник: *rost.ru*

Начало на стр. 9 ↗

ку большинство с закрытыми глазами, то не все заметили, что произошло. После обряда я пытаюсь помочь, у нас с собой мазилка, от которой ожоги заживают как на собаке, бесследно, и сразу проходит боль. Девочка плачет, шаманка велит разбить яйцо и мочит стопу белком. Что-то шепчет про себя. Я настаиваю, здесь не взрослая дама с переломом, а ребенок, и ей очень больно. Мне снисходительно разрешают помазать лекарством, и — о чудо — оно помогает, боль быстро уходит. Я видел это чудо уже не раз. Впрочем, Татьяна Васильевна может отнести это чудо на счет своих пассов и заклинаний.

Слишком много спасаний для одного дня. Едем отдыхать на наше озеро Бело. По дороге заезжаем на соленое озеро Туз воочию убедиться в возможности лежания в воде. Оттуда уже в ночи едем степными и горными дорогами (часто говорят — направлениями, так как они все время сбегаются и расходятся, но ориентир на определенную гору выдерживается). Переползаем какие-то рвы, морда машины вдруг задирается в небо, потом внезапно падает вниз. Как на американских горках, аналогия тем сильнее, что скорость движения — до 80 км в час. А вокруг — горы, виднеются косяки лошадей, поля, озера. Горизонт километров 10—20, не меньше.

Половину следующего дня отсыпаясь, купаемся, а в обед едем на экскурсию. Километрах в 50 от Ширы завод по обогащению молибденовых руд, добываемых в этих горах. Тут есть все — и разрабатки мрамора, и золотодобыча, и уголь и железная руда. Залежи — богатейшие. Молибден добывали на шахте прямо рядом с заводом. Все это построено руками заключенных в сороковые годы. Да и потом тут работали «химики». Шахты заброшены, завод практически не работает, немного перерабатывает медь. Стоят квартиры с заколоченными окнами, пустыют многоэтажные дома. Конечно, можно ругать за все «перестройку», но мне кажется, что в конкретном случае скорее проблемы связаны с подневольностью труда на всех этапах. Никакой «экономической целесообразности» здесь не было, и вся конструкция рухнула. Помните, Брежнев умер от выстрела в упор — упор выпал, Брежнев ударился головой. Так и здесь, упор выбит, а экономическая система отсутствовала, которая могла бы подержать падающего колосса.

Как бы все же нашему здравоохранению не оказаться в этой ситуации — падающего колосса. Вот пришла в конце июля разрядка по департаментам и министерствам региональным — срочно, в течение суток! дать предложения по изменению списка лекарств для льготного обеспечения (бывшего ДЛО) с обоснованиями доказательств эффективности и фармакоэкономикой. Гнусная пародия на систему оценки технологий, зато можно будет отрапортовать — с регионами согласовано. А ведь за изменениями списка — жизни людей, судьбы... Есть нормальная экспертная работа Форумного комитета РАМН, который уже 10 лет ведет эти списки, тщательно оценивая каждое лекарство, публикуя результаты оценок в ежегодном справочнике. Минздрав в упор не видит под своим носом. Или старательно не хочет видеть. Или ищет другого: ходоков «за включение» каждого нового лекарства. С подношениями. Не системные это решения, а волюнтаристические.

Свод одной из шахт внезапно рухнул, и образовалось озеро на глубине более 100 метров. И само озеро метров 100 глубиной. Стены шахты наклонены внутрь, и брошенный сверху камень оказывается посередине озера, хотя кажется, что все вертикальное. Сделана «тарзанка», с которой смельчаки прыгают вниз, зависая в нескольких метрах над поверхностью воды. Потом их снимают с веревки с надувной лодки и выводят через штольню. Местное население занято бизнесом, не хуже, чем в Турции — сувениры, видеофильмы, прыжки. Есть даже аттракцион «Эх, прокачу» на Москвиче 401.

В километре — 2-я затопленная шахта, ствол которой заполнился водой и замерз. Честно говоря, мне не понятно, почему вода замерзла, ведь под землей должно быть тепло. Может быть газ какой-нибудь выделяется? Здесь добывали железную руду. Глубина шахты метров 180, есть лифт для клетки, лестница, по которой заключенные спускались в выработку. Все это сгнило. Про заключенных известно мало, кроме того, что они были «политическими» и работало их на шахте около 300 человек. Выработка началась в 43 году и закончилась в 61. И все это время работали политические? Не вяжется что-то, может быть военнопленные были, или из концлагерей переправляли сюда. Сведений нет.

Поговорили с местным начальником АХЧ училища Сергеем Ивановичем про медицину. По его словам она — ужасна, если есть возможность он и его друзья едут лечиться в Абакан. Молодых кадров нет. По нацпроекту получили много скорых помощи, УЗИ, но работать на нем некому, врачи в район не едут. Уходят из медицины кто куда, но только не в район. Так что беда эта общая — как привлечь народ на первичную помощь. ФАПы есть только там, где есть кадры, а как кадры удержать — неясно. Возможно, нужны парамедики, вообще — такое направление идеологическое, тогда элементам оказания помощи можно будет обучить кого-нибудь из жителей поселков и деревень. Ведь речь об измерении давления, уровня сахара, советах и вызове врача. Работают же парамедики — знахари, традиционные лекари, им дают дипломы, разрешения на работу с больными.

В степи все время натываешься на правильной формы холмы, в основании которых стоят плоские камни, ориентированные на восток. Это — курганы, а камни — менгиры. На некоторых есть петроглифы, чуть ли не старше египетских пирамид. Недалеко от Абакана есть долина царей, где

захоронения окружены крупными менгирами, весом под несколько тонн. Вокруг горы недалеко — десятки километров, как тащили сюда эти камни, как устанавливали их вертикально — а они довольно тонкие (при высоте в 3—5 метров толщиной лишь сантиметров 30—40) — неясно. Да и холм высотой в 150 метров и диаметром метров в 50 насыпать не очень просто. Ведь всему этому не менее 3—4 тысяч лет. Курган был давно ограблен, в нем хоронили с одеждой, украшениями и посудой. Несколько десятилетий назад курган раскопали археологи, и выброшенная земля теперь образует валы вокруг каменного основания кургана. Можно было бы восстановить захоронение хотя бы внешне. Это — остатки какой-то исчезнувшей цивилизации, как и Стоунхендж в Англии или остров Пасхи. Для того чтобы соорудить это все, нужно было много и хорошо знать механику, рычаги и т. д.

Есть и другая сторона достопримечательностей в Абакане — Саяно-Шушенская ГЭС, вторая в мире по размерам, Енисей, горнолыжный курорт. Енисей «не показался» — только что с 2 Москвы-реки шириной. Это верховья. Шушенское. У Михаила и Андрея — никаких ассоциаций, сердце не екает. Но оказался очень даже интересный музей крестьянского быта XIX-го века, 3 улицы, олодок, кабак, магазин, 2 дома, где квартировал В.И. Ленин. Даже прислуга



Это не море, а стрелка Енисей—Ангара

была в семье, а хозяйка жила с черного хода в светелке. Условья, даже по нынешним временам, были не ужасными, а вполне сносными.

05—07.08 Красноярск—Енисейск—Красноярск. И мелькают города и страны, параллели и меридианы... Дорога по Хакасии отличная, хотя постепенно к Красноярску пошли длинные тягуны в гору. Но машин мало, поэтому сильно скорость не сбавляли. Около Дивногорска — серпантин, по нему спустились к плотине и пересекли Енисей. Тут он уже пошире, хотя впечатления громадной реки все равно не производит. Красноярск протянут вдоль реки, через Енисей всего 2 автомобильных моста, хотя город растет по обе стороны. На Коммунальном мосту огромная пробка, она тянется по всему левобережью на многие километры: всем надо на мост. На левом берегу свое счастье — три улицы и поперек города — железная дорога, через которую — один мост. Центральная улица — Мира и я помню, как тогда еще только профессор Иосиф Гительзон шутил: «пойти по Миру». Вторая его шутка (а это — шестидесятые годы) связана с дорожным строительством. Была остановка «Проспект свободы», но троллейбус перенесли, и остановка стала «Тюрьма». Если кто-то спрашивал водителя: «Мне нужна свобода», тот отвечал — «Вам нужна тюрьма». Незамысловатые шутки шестидесятников.

В Красноярске огромное число старинных деревянных домов в разной степени сохранности. Дома большие, резные и, как правило, очень красивые. Есть и каменные дома 19-го века, тоже купеческие.

Первое «совещание» было с академиком И.И. Гительзоном. Он много путешествовал по океанам на «Витязе», если мне не изменяет память, переделанном из яхты Гитлера. Где-то судно это и теперь бороздит водные просторы. С Андреем Ивановичем они придумали и испробовали метод клеточных эритрограмм: при создании определенной концентрации соляной кислоты часть эритроцитов разрушается, другие разрушаются при другой концентрации, третьи — при третьей. В норме получается модальная кривая — большая часть эритроцитов разрушается при одной и той же концентрации. А при гемолизе появляется бимодальная кривая — одна популяция эритроцитов «чувствительна» к высокой концентрации соляной кислоты, другая — к низкой. Это работы 60-х годов.

Гематологический центр РАМН недавно организовал тут свой филиал на базе небольшой академической больницы. Сейчас период, когда надо что-то сделать реальное. Мое мнение, совпавшее с мнением И. Гительзона, что необходимо на первых порах создать лабораторию приличную, которая будет делать как рутинную работу, так и элитные специфические гематологические исследования. И уже далее работать над койками. Причем лаборатория должна быть построена в процессы оказания помощи в Красноярском крае, работать не только и не столько «на себя», сколько на край, обеспечивая себе денежные потоки. Свое мнение я доложил Андрею Ивановичу, решение — за ним.

Еще одна тема — антинаука. Иосиф Исаевич является членом комиссии РАН по лженауке, но они, по его словам, толкут воду в ступе в собственном кругу. Сейчас лженаука сконцентрировалась на медицине — не на селекции и генетике. Тут не только одиозные «торсионные поля», которые у большинства вызывают смех — тут и лазеротерапия, компьютерная диагностика «всего организма». С возмущением показывал он мне рекламу из Москвы: и ведь никто с этим

Продолжение на стр. 11 ↗

Начало на стр. 9, 10

не борется. Я вернул ему: ведь один из самых крупных рассадников антинаучного зла — сибирские отделения большой и малой академии наук. Про это писал еще Зиновий Соломонович Баркаган в своей наделавшей много шума статье, за публикацию которой мне попало от Андрея Ивановича. Андрей Иванович утверждал, что нельзя выяснять отношения «персонально», действовать нужно «в общем», никого не задевая. Именно это я и сказал И.И. Гительзону, в ответ на что, тот буквально «выпучил глаза»: ему Андрей Иванович только что пенял, что нельзя, оказывается, бороться «вообще», а надо — конкретно и персонально. Видимо, разговор со мной являлся «педагогическим процессом», «назиданием потомкам». Но ведь действительно, никто из «великих» не опускается до выяснения отношений с этой «чернухой», а они тем временем «отсасывают» деньги от здравоохранения (и — не малые) и уводят из медицины пациентов. На фоне продолжающегося и углубляющегося кризиса системы в целом. В Каргаске краем глаза бросил взгляд на витрины аптеки в больнице — одни БАДы, лекарств нет. Это результат нашего молчания. «Промолчи — попадешь в палачи», говаривал Александр Галич.

Второе совещание — в Краевой больнице. Собралось человек 50, были из других больниц, главный терапевт города, представители краевого Минздрава. Слушали, задавали вопросы. Тут другие мнения, чем в Томске, давно используют кемеровскую модель, делают стандарты, работают с формуляром, проводят в больнице АВС- и VEN-анализы. Правда, я не понял, что относят к препаратам группы N (проще — неэффективных), так как проводится исключительно экспертный вид этого анализа. Естественно возникает вопрос о субъективизме оценки. Но препараты группы N составляют около 1% затрат по больнице — над этим трудится целое отделение клинических фармакологов!

Интересна методика расчета по дневной дозе, которую используют часто на западе, особенно в Скандинавии. Мало сказать, что на лекарства тратится столько-то денег, нужно понять, на что и как они тратятся. Деньги, потраченные на препарат, переводятся в ориентировочную дневную дозу препарата. Эта методика, хотя она тоже ориентировочная, позволяет оценить, сколько больных можно эффективно этим препаратом пролечить. В какой-то мере она заменяет частотный анализ, который не выполняется по причине отсутствия в больнице электронной истории болезни. Работа проведена огромная. Жаль, что про нее почти ничего не слышно, здесь нет филиала нашей организации, мы не видим публикаций и выступлений. Скромность ложная, что ли?

Еще одна тема — стоимость лекарственной части стандартов. По проведенным тут расчетам она превышает реальную, местную, обусловленную тарифами местами в 5—10 раз. Простая проверка показала, что расчеты выполнены по стандартам высокотехнологичной и дорогостоящей помощи. Все читают сами матрицы — и это общая ошибка — а не текст приказа, в котором ясно написано — стандарты для федеральных клиник. Но, как выяснилось, народ со стандартами наперевес бьется за увеличение тарифов. Пусть их.

Вопросы на совещании задавались обычные, самый главный, как это — сделать стандарты «не ниже федеральных». Опять встал разговор о необходимости регламентации деятельности по стандартизации — создание органа по стандартизации, включения в его состав представителей страховых компаний и пациентов, упорядочивание и прозрачность процедур, консенсус. Был вопрос и про слоган пробега, явно он цепляет. Роздал газеты, анкеты, немного книг, совещание прошло в теплой дружественной атмосфере.

А в это время остальные члены команды ездили на знаменитые Столбы. Это такие скалы, стоящие вертикально, на которые молодые будущие академики из Академгородка любили лазать. Упираясь ногами в одну скалу, а спиной — в другую. Или в распор ногами и руками. Там встретили команду Артемия Лебедева, которые едут с нами параллельным маршрутом, но во Владивосток. У них 6 машин. Едут они неторопливо, останавливаясь в городах по дороге. Одну машину они потеряли в Тюмени, там, правда, удалось ее отремонтировать. На затмение они приехали из Омска, а мы — вернулись из Томска. Пока мы осваивали горы и степи Хакасии, Артемий Лебедев со командой ехали до Красноярска.

Мы вдоль Енисея проезжаем в целом около 800 км — с юга от Саяно-Шушенской ГЭС, через Минусинск, Абакан, Дивногорск, Красноярск на север до Енисейска. Прилично. Доехали до стрелки — это чуть меньше 300 км от Красноярска по очень хорошей дороге. Даже объезды вокруг деревень есть. Но гайцев много, по всей трассе, секут скорость выше 90 км и пересечение сплошной.

Дважды уходили мы. Но красноярцы, сволочи, не мигают. Везде предупреждают — а тут — нет. Хотя возле каждого гайца стоит остановленный человек.

На стрелку можно переехать на пароме, он ходит каждый час до позднего времени. Берет довольно много машин и один трейлер. Никакого пирса нет, выезд идет на прибрежную гальку. Залезают на паром такие малышки, с таким клиренсом, что диву даешься.

Стрелка — большой поселок на слиянии Енисея и Ангары. Водная гладь — километров по 10 в 3 стороны. Представляю, как это выглядит с воды, если даже с берега это производит сумасшедшее впечатление. Был порыв, но я его загасил, искупаться. Можно, но против этого течения — не выгresti, и где выйдешь на берег — не ясно. Поэтому мы прошли босиком по воде из Ангары в Енисей, дно каменное и камни почему-то острые. Но обряд совершили.

В центре поселка Стрелка — странный памятник Ленину, он довольно молод, сидит в неестественной позе, откинув назад левую руку и смотрит налево. Раньше рядом с ним сидел Сталин, изображалась их дружба в ссылке (хотя между ними было под тысячу километров водного пути). Потом Сталина отрубили вместе с частью скамьи, а Ильич замер в этой необъяснимой позе.

Далее на пути — Енисейск. По дороге проехали Лесосибирск — огромный, километров на 10 порт, где идет перегрузка леса на железную дорогу, и выгрузка грузов на баржи, которые тянутся по Енисею вниз, а по Ангаре — вверх. Здесь и огромные плоты леса. В устье Ангары натянута запонь, ловит отбившиеся от плотов бревна и тут их грузят на баржи. Видимо неплохой бизнес, ничего не надо рубить, все само приплывает.

Енисейск — бывшая столица, разделившая судьбу Тобольска. Город развивался волнами, случались «события», приходили новые люди и город расцветал. Потом — вновь угасал. Такими волнами были приход сюда казаков по рекам и волоком из Тобольска, основавших город и отсюда двинувшихся в восточную Сибирь вплоть до Хабаровска, обнаружении золота в местных лесах, ссылка декабристов, поляков, потом — ссылка царская, ленинско-сталинская, и сталинская. По краеведческому музею нас водила симпатичная женщина — Елена Николаевна, показывала добытый основателем музея в конце XIX—начале XX века материалы по жизни кетов и тунгусов. А потом, на мой взгляд — провал. Стенд про декабристов, потом вдруг стенд про войну, которой тут не было. И ни звука про ссылку. В Енисейске не было лагерей, по утверждению Елены Николаевны, лишь отделение Норильсклага,



Менгиры на закате

связанное с древесиной. Так ли это — не знаю, но информации ноль. Хотя она есть в недрах музея, никто ею не интересуется. Тем не менее, некоторые истории она рассказала, в частности — про Епископа Луку — Войно-Ясенецкого. Известнейший хирург и высокий иерарх церкви был гоним Сталиным сначала куда-то в Среднюю Азию, потом за «нарушения» — в Сибирь. Его чуть не расстреляли, но спасли пациенты-энкэвэдэшники. Сначала он был в Енисейске, но посмел отслужить литургию в закрытой церкви, его отправили в Туруханск, оттуда — снова в Енисейск, потом повыше и поближе к Красноярску. Во время войны он был награжден Сталинской премией и его портрет в облачении священнослужителя был опубликован на первой странице газеты Правды. Небывалое событие, Сталин заигрывал с церковью в тот момент.

Путь в Сибирь шел сначала через Енисейск и город процветал, потом отступил южнее и город загас. Только ссылка подпитывала город, но в нем нечего было делать, и сегодня он представляет довольно жалкое зрелище — 2 монастыря, мужской и женский, огромное число красивых каменных и деревянных зданий. Но все это в запустении. Жаль. Народ интересуется, перед нами заплывали омичи на яхте «Сибирь», которые дрейфуют вниз по Енисею. Но мало интереса, нет интереса и государственного. А ведь это наша история, государственная.

Продолжение в следующем номере

Сопредседатели секции:

- **Беленков Ю.Н.**,
член-корр. РАН, академик РАМН,
д.м.н., профессор
- **Сандриков В.А.**,
академик РАМН, д.м.н., профессор
- **Глезер М.Г.**,
д.м.н., профессор
- **Савенков М.П.**,
д.м.н., профессор, кардиолог
- **Парфенов В.А.**,
д.м.н., профессор, невролог
- **Чупин А.В.**,
д.м.н., профессор, ангиохирург

Программа заседания:

1. **Круглый стол**
2. **Обсуждения**
3. **Доклад спонсоров**

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

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

Сопредседатели секции:

- **Богомолов Б.П.**,
член-корр. РАМН,
д.м.н., профессор
- **Чучалин А.Г.**,
академик РАМН,
д.м.н., профессор
- **Ноников В.Е.**,
д.м.н., профессор
- **Белевский А.С.**,
д.м.н., профессор

Программа заседания:

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

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

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

Сопредседатели секции:

- **Беленков Ю.Н.**,
член-корр. РАН, академик РАМН,
д.м.н., профессор
- **Сандриков В.А.**,
академик РАМН, д.м.н., профессор
- **Глезер М.Г.**,
д.м.н., профессор
- **Савенков М.П.**,
д.м.н., профессор, кардиолог
- **Парфенов В.А.**,
д.м.н., профессор, невролог
- **Чупин А.В.**,
д.м.н., профессор, ангиохирург

Программа заседания:

1. **Круглый стол**
2. **Обсуждения**
3. **Доклад спонсоров**

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

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

КАРДИОЛОГИЧЕСКАЯ СЕКЦИЯ

АНГИОЛОГИЧЕСКАЯ СЕКЦИЯ

Приглашение

«Аневризмы различных локализаций. Ранний скрининг или внезапная смерть?»

20 ноября 2008 года
Начало в 17.00
Вход по приглашениям

ЧЕЛОВЕК И ИНФЕКЦИЯ

ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКАЯ СЕКЦИЯ

Приглашение

«Инфекции верхних и нижних отделов дыхательного тракта. Антибиотики: pro и contra»

2 декабря 2008 года
Начало в 17.00
Вход по приглашениям

КАРДИОЛОГИЧЕСКАЯ СЕКЦИЯ

АНГИОЛОГИЧЕСКАЯ СЕКЦИЯ

Приглашение

«Сахарный диабет — междисциплинарная проблема»

18 декабря 2008 года
Начало в 17.00
Вход по приглашениям

КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ И ФАРМАКОЭКОНОМИКА

Издательство Ньюдиамед

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

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

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

Подписаться на наш журнал вы можете:

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

Бланк-заказ на подписку журнала на 2009 г. в редакции (журнал высылается по Вашему адресу в конверте).
Ваш адрес просим указывать ПЕЧАТНЫМИ буквами.

Ф.И.О. подписчика	Почтовый адрес доставки (индекс обязательно)	1 полугодие		2 полугодие		
		1	2	3	4	5
Номера журнала						
Цена одного номера в руб.						
		400	400	400	400	400
ИТОГО (впишите сумму):						

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

Квитанцию о переводе оплаченной Вами суммы и бланк-заказ высылаете по нашему адресу: 115446, Москва, Коломенский проезд, 4, А/Я 2, Издательство «Ньюдиамед».

При необходимости, издательство выставляет счет. Тел./факс: (499) 782-31-09, (495) 609-13-57
E-mail: mtpndm@dol.ru, balch@dol.ru, www.zdravniga.net, www.zdrav.net, www.rspor.ru.

В платежном поручении и в почтовом переводе обязательно указать:

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

Медицинские книги издательства «НЬЮДИАМЕД»

PROTOKOL VEDENIYA BOLNYKH. BOLEZNY PARKINSONA
2006 г., 184 стр., м.о.

Под ред. Новодворской 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., т.п.

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

Александр Ю.И.
МНОГОКОМАСКА ГЕМОФИЛИЯ
2006 г., 232 с., т.п.

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

Горюхов С.Г.
СУТОЧНОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ. ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ
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., т.п.

Под ред. Воробьева П.А.
ГЕРАТРИЯ В ВОЗРАСТАХ
том 1, 2002 г., 440 с., т.п.
том 2, 2005 г., 470 с., т.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 ил., т.п.

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

STANDARTIZACIYA V ZDRAVOOKRANENII
Архив журнала «Проблемы стандартизации в здравоохранении» 1999-2005 гг.
2007 г., 430 с., т.п.

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

В.Д. Цурко
ОСТЕОАРТРОЗ: ПРОБЛЕМА ГЕРАТРИИ
2004 г., 136 с., т.п.

STANDARTY MEDITSINSKOY POMOSHI
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. Бубнова-Рыбникова
ГЛАВЫ ИЗ СЕМЕЙНОГО РОМАНА
2003 г., 228 с., т.п.

СБОРНИК ДОКУМЕНТОВ СИСТЕМЫ СТАНДАРТИЗАЦИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ
2003 г. CD.

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

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

Б.В. Петровский
ГЕРОНИЗМ, ДРАМАТИЗМ И ОПТИМИЗМ МЕДИЦИНЫ
2001 г., 200 с., т.п.

Под ред. А.И. Воробьева, А.М. Кривошеиной
АТЛАС. ОПУХОЛИ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ
2007 г., 294 с. с ил., т.п.

Под ред. Д.М. Горюховского
НЕБРАННЫЕ ГЛАВЫ. ГЕРАТРИЧЕСКОЙ УРОЛОГИИ
2000 г., 362 с., т.п.

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

А.И. Воробьев, П.А. Воробьев
ДО И ПОСЛЕ ЧЕРНОВЫЛЯ. 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., Ивашкин В.Т., Кактурский Л.В., Калинин А.В., Каляев 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., Палева 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., Шлектор 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.zdrav.net
Отдел рекламы: директор по маркетингу Г.С. Рихард (495) 729-97-38
При перепечатке материала ссылка на Вестник МГНОТ обязательна.
За рекламную информацию редакция ответственности не несет.
Рекламная информация обозначена