

**О семье и соседях**

Мои родители переехали в Москву в 1950 г., когда я была совсем маленькой. Перевезли меня из города Проскурова на Украине, сейчас он называется Хмельницкий. Город небольшой, но известный, упоминается даже у Ромэна Ролана. Город очень сильно пострадал во время войны. Мама и папа украинцы, фармацевты по образованию. Папа 1923 г. рождения. Он воевал, учился до и после войны на фармацевтическом факультете Пятигорской академии. Его мальчишкой — в 23 года, назначили управляющим областным аптекоуправлением: после войны кадров катастрофически не хватало. Я и родилась в комнате при аптеке, где мы жили. А в соседней комнате жила тетя Ляя — главная акушерка Проскурова. Вот при ее помощи я и родилась. И росла я первые 4 года между этими комнатками в аптеке, воспитываемая родителями и соседями.

После войны в Москве было принято решение построить здание Всесоюзного института экспериментальной медицины, (ВИЭМ) специалистов собирали со всей страны. Мама безумно боялась переезжать, потому что не представляла, как можно жить не на земле. Рядом с Институтом строился городок ВИЭМ для сотрудников. Многие люди, которые впоследствии занимали высокие посты в стране, были нашими соседями по бесконечно длинному коридору. Папа попал в Минздрав, был заместителем у Ключева Михаила Алексеевича. Какое-то время мы с ним тоже жили вместе в этом общежитии. Потом мы переехали в дом на Беговой 11 — дом Минздрава и Академии наук. Помню, что дом сдавался последовательно, поподъездно. Многие реабилитированные медики тогда возвращались в Москву. Детство проходило в интересной медицинской атмосфере. Папа защитил диссертацию, мама заканчивала институт и работала в аптеке в этом же доме, а потом 25 лет этой аптекой заведовала. Когда я начала проходить химию в школе, то стала читать у родителей про врачебные ошибки при приготовлении препаратов. В то время большинство лекарств готовились в аптеке. Врачи составляли порой непродуманные с точки зрения совместимости порошки, особенно от астмы (что-то вроде сегодняшних назначений препаратов с недоказанной эффективностью). Помню, что в большинстве из рецептов был димедрол, а его физически почти ни с чем смешать невозможно. Поэтому фармацевты тихо игнорировали «пожелания» врачей, исключая несовместимые фрагменты прописей, и врач и пациент были уверены, что помогает чудо-смесь.

Мне было интересно стать врачом, который понимает, что происходит в аптеке (пожалуй, теперь важнее понимать, что происходит в лаборатории). В ту пору началось производственное обучение школьников, и была предоставлена возможность работать в Боткинской больнице. Большим другом семьи был Николай Викторович Верещагин, он жил в соседнем подъезде. Я дружила с его дочкой Лерой. Николай Викторович рассказывал нам с Лерой об интересных больных. Очень запомнился рассказ о больном, у которого была опухоль мозга, которая давила на разные нервы и разные формально симптомы легко объяснялись одним поражением, одной причиной. Он это изложил почти как детективную историю. Как вся неврология, топика эта захватывающе красива. Трудно передать атмосферу нашего дома: в каждой квартире жили врачи, я восхищалась Наташкой Березовой — дочерью известного хирурга. Кроме того, рядом на Поликарпова было общежитие института усовершенствования, на первом этаже которого была патанатомия и мы все бегали туда разглядывать препараты, рядом был Институт Герцена. Никем другим, кроме врача, стать было просто невозможно.

Об учебе и учителях

Я заканчивала 2-й медицинский институт. Было такое убеждение, что он ближе к жизни. Во 2-м меде была замечательная кафедра Павла Евгеньевича Лукомского. Тогда эндокринологии как преподаваемой дис-

циплины не было вообще. А то, что я буду эндокринологом, я точно знала со 2-го курса. В учебнике по биохимии мелким-мелким шрифтом были описаны стероидные гормоны. И вдруг я поняла, что я помню каждое слово оттуда: меня поразила красота химических формул, превращений — минимальные изменения в структуре кардинально меняют свойства. Я уже тогда четко

отвращения к математике у меня никогда не было. Мы познакомились еще в школе, в институт готовились вместе, он ходил на математику, ну и я за компанию.

Когда я пришла в ординатуру в недавно построенный клинический корпус Института эндокринологии (в то время — Институт экспериментальной эндокринологии и химии гормонов), то тогдашний директор института Николай Алексеевич Юдаев проводил собеседование, и мы нашли много общего и в любви к стероидам и к точным наукам. Николай Алексеевич был совершенно уникальным исследователем, он очень много занимался стероидами, он ведь был биохимиком. Наш институт тогда относился к медико-биологическому отделению Академии. Для Николая Алексеевича никогда клиника не была на первом месте. Он все время говорил о том, что врач должен одновременно вести научные исследования, посмотрел четверых больных в месяц и достаточно, главное — это наука.

Евгения Ивановна Марова — одна из очень ярких фигур в эндокринологии, у нее удивительное ощущение «clinical way» — целесообразного клинического пути. Она моя непосредственная учительница в эндокринологии, она работает у нас и сейчас, я очень ей благодарна. И такая уникальная фигура, как Виталий Романович Кличко, очень сильный диабетолог с очень нестандартным мышлением. Сейчас есть четкий тест на толерантность к глюкозе, а в ту пору он только отработывался, обсуждали 50 или 100 грамм и т.д. Были такие рьяные исследователи, которые предлагали сделать двойную кривую: 50 + 50 или тест с преднизолоном. Виталий Романович в эту секунду говорил: «А давайте сделаем два теста с преднизолоном и четыре нагрузки. Ради чего мы все это ищем? Где критерий того, что я нахожу именно патологическую поломку?..» Виталий Романович очень четко чувствовал, где конец обследования больного, что не нужно его разрезать на мелкие кусочки и все изучать. У человека ведь есть совершенно конкретные проблемы и их нужно и можно решить. Не нужно абсурдно умножать сущности. Искусству тактичного обращения с людьми, заботе о молодых врачах учила Нинелла Трофимовна Старкова.

Про Институт эндокринологии

(тогда ИЭЭиХГ, ныне, вот уже 20 лет — ЭНЦ).

Наш разговор проходит в преддверии 20-летия организации на базе Института экспериментальной эндокринологии и химии гормонов нынешнего Эндокринологического научного центра. Здесь изначально были сильные клиницисты. Но уровень медицинской помощи той поры... Больные сахарным диабетом в то время — это пол-отделения слепых людей, надеющихся, что им каким-то образом, изменив дозы инсулина, вылечат слепоту. Концепции ведения пациентов, разъяснительной работы никакой не было. Больной был пассивным объектом, с которым мы работали. Было невероятное количество осложнений диабета. Само назначение дозы инсулина было фиксированным, не было самоконтроля. Была нереальная диета. Это была совсем другая эндокринология. Мы сейчас называем это серым периодом изучения диабета: до 1985 года.

Другая эндокринология: тиреоидология, патология надпочечников, патология пола были невероятно ярки, красивые, интересны. Конечно, ты всегда стоишь на плечах гигантов (все великие клинические открытия происходили в 50–60-х годах), а до этого — описания. Позже появились новые методы лечения, фактически 70-е годы — это начало нейроэндокринологии. И те вещи, которые были тогда невозможны (например, эффективное лечение акромегалии), сейчас — рутинная практика. В 70-е годы приводишь юную девушку с акромегалией к нейрохирургу, а он говорит, что оперирует только когда будет хиазмальный синдром, сдавление! Мы стоим с пациенткой в коридоре и обе плачем.

Я оказалась в эндокринологии в очень интересное время. Пришли новые знания по рилизингам, методы РИА-исследования гормонов. В конце 60-х годов была вручена нобелевская премия Розалин Ялоу, которая была лаборантом у Соломона А. Берсона: они вместе

Продолжение на стр. 4

ПРЯМАЯ РЕЧЬ

Делай, что должен, и будь, что будет

Г.А. Мельниченко



помнила, чем по формуле альдостерон отличается от кортизола. А там ведь еще было краткое описание эндокринной патологии.

Вообще учителя в ту пору во 2-м меде были превосходные — яркие, молодые, всемирно известные: М.М. Краснов, В.С. Савельев — мы все были влюблены в них. По факультетской терапии у нас была кафедра Нестерова Анатолия Ивановича, чьи лекции по сахарному диабету были чрезвычайно интересны. Я начала во всех учебниках выделять все, касающееся эндокринологии. Любопытный учебник имеет довольно большой раздел, касающийся эндокринологии, просто он может быть специально не выделен. Ведь эндокринная система одна из 3 основных интегративных систем организма. Водно-солевым обменом занималась больше всего кафедра госпитальной терапии Лукомского, и с 4-го курса я начала ходить на эту кафедру. Я была ученицей тогда доцента Люсова и очень молодого ассистента Сидоренко. В то время там проходили клинические испытания лекарств, которые теперь хорошо известны — триамтерен, урегит в сравнении с диакарбом и фуросемидом, и др. В мои обязанности входило мыть посуду хромпиком и титровать хлориды по Морю, проводить статистическую обработку результатов. Это было очень интересно.

Компьютеров тогда не было, была здоровущая вычислительная машина под названием «Искра», которая занимала полкомнаты. Пришлось почитать побольше о статистической обработке результатов, а поскольку мой будущий муж учился в МГУ на физфаке, особого

ИнтерНьюс

Ученых «взвесят»: это дорога в ад

Минобрнауки РФ разработало критерии результативности работы научных организаций, сообщил глава ведомства А. Фурсенко, отметив, что пока они не внесены в правительство и проходят согласование. «Независимо от того, есть финансовые проблемы или нет, речь должна идти прежде всего о качестве научных работ. Мы подготовили проект постановления правительства об оценке результативности работы научных организаций. Предлагается ввести четкие критерии, индикаторы, которые позволят понять, кто есть кто в научном сообществе», — сказал министр. Поясняя, что это за критерии, Фурсенко отметил, что в первую очередь это «вес» научных организаций в мировом научном пространстве, что оценивается, например, по числу публикаций в престижных журналах, по индексу цитирования. «Говорят, вот есть ученые, которые, как Илья Муромец, сиднем сидели 33 года, а потом выдали уникальный результат. И как к ним подойти с формальными критериями? Да, есть уникальные исключения. Но они лишь подтверждают правила. Такие ученые, как правило, вырастают в очень сильные институты», — говорит министр. Что касается «фронта работ», то, по словам Фурсенко, Академия наук сегодня получила гораздо больше независимости, и ее право выделять те области, которые должны финансироваться. «Но деньги ограничены. И я считаю, что академия должна взять на себя ответственность и разобраться с приоритетами, на которые следует увеличить финансирование», — отметил министр. Комментируя звучащие в РАН протесты против введения предлагаемых министерством критериев, Фурсенко сказал: «Навязывать какие-то конкретные критерии оценки мы не можем и не должны, но то, что их надо вводить, это очевидно. Ведь в академии все прекрасно знают, кто есть кто. Мы лишь предлагаем: давайте формализуем эти знания и в зависимости от результата перераспределим ресурсы», — подчеркнул министр. «Академии наук — это государственные организации. Они должны учитывать позицию государства, его интерес. А интерес в том, что лучших надо выделить и поддержать. Но, повторяю, кто лучший и худший, должны определить сами ученые», — добавил Фурсенко. Он считает, что объемы господдержки науки в будущем не изменятся. «Может, она (эта поддержка) будет расти не такими темпами, как хотелось бы, но не просядет. Однако есть серьезная проблема. Нашу политику в сфере прикладной науки мы строили, рассчитывая на партнерство с бизнесом. То есть часть средств в перспективный проект вносило государство, а часть — предприниматель. Сейчас здесь могут возникнуть трудности», — признал министр.

Источник: РИА «Новости»

Опасные игры

Американский подросток задушил себя, играя «в удавку» — игру, в которой используется легкое удушье для достижения эйфории. Для достижения желаемых ощущений 15-летний Крис Джо Марсино из штата Северная Каролина затянул на своей шее электрический провод, а другой его конец привязал к двухъярусной кровати. Через некоторое время сестра нашла его мертвым. Как сообщили друзья подростка, игра «в удавку» весьма популярна в их школе. История Криса далеко не единственная в своем роде: за последние 13 лет от этого развлечения в США умерло 82 ребенка. По данным исследований, тысячи подростков хотя бы однажды пробовали это сделать. Помимо удушья, игра «в удавку» чревата сотрясанием мозга, переломами, кровоизлияниями в глаза и прикусыванием языка. Сомнительного качества приятные ощущения достигаются за счет временного кислородного голодания мозга вследствие уменьшения кровоснабжения (при пережатии шеи сдавливаются сонные артерии, питающие органы головы). Родители погибшего сообщили, что они старались оградить своего сына от употребления алкоголя и наркотиков, но никак не предполагали опасности такого рода. В эти игры играют и российские дети!!!

Источник: medportal.ru

Неужели так много умирает от наркотиков?

Такие данные привел глава Федеральной службы РФ по контролю за оборотом наркотиков (ФСКН) Виктор Иванов. «От приема наркотиков в РФ умирает, по официальным данным, порядка 10000 человек ежегодно. Но реальная цифра значительно больше и, по экспертным оценкам, составляет до 30000 человек», — сказал Иванов. По его словам, это в 2 раза больше чем погибло людей за 10 лет войны в Афганистане в 80-е годы.

Источник: GZT.ru

Двадцать восьмого ноября в г. Алматы состоялся круглый стол «Деятельность общественных организаций Казахстана и России в сфере оказания медицинских услуг, профилактики и социальной защиты», организованный общественным фондом «Аман-Саулык» и МОООФИ. В работе круглого стола приняли участие более 40 представителей общественных организаций Казахстана: профессиональных, профсоюзных, организаций пациентов.

Круглый стол общественных организаций Казахстана и России

О. Борисенко

На круглом столе состоялось выступление президента фонда «Аман-Саулык» Б.Н. Туменовой, президента МОООФИ, проф. П.А. Воробьева, продолжительная дискуссия. Б.Н. Туменова представила взгляд общественного фонда «Аман-Саулык» на проблемы казахстанского здравоохранения, основанный на обращениях граждан.

Основой гражданского общества являются неправительственные организации. Неправительственные организации предупреждают социальные конфликты, это посредники в кризисных ситуациях между властью и обществом. Неправительственные организации — часть политического поля общества, но и барометр процессов, происходящих в обществе. В Казахстане за 1,5 года работы фонда «Аман-Саулык» было проведено 4 общественных слушаний, на которых проводилась экспертиза государственных проектов и программ. Программы разрабатываются в «кабинетах» и не всегда рассчитаны на решение проблем общества.

Президентом Республики Казахстан была поставлена высокая задача — войти в 50 наиболее конкурентоспособных стран мира. Для этого необходимо, чтобы стандарты качественной жизни жителей Республики соответствовали международным стандартам.

Одним из больших достижений общественного фонда явилась организация горячей линии для граждан по вопросам, связанным с оказанием медицинской помощи. За 9 месяцев 2008 года в одном только Алматы получено 1386 обращений. Минздрав за 2007 год по всей стране получил только 1387 обращений.

При поддержке фонда Сороса в 6 регионах Республики Казахстан с ноября этого года введены горячие линии по вопросам лекарственного обеспечения, продолжительность этого проекта — 6 месяцев.

При анализе работы горячей линии по вопросам оказания медицинской помощи были получены следующие результаты. Наибольшее число обращений было получено от лиц старше 50 лет — это наиболее уязвимая часть граждан. Большинство жалоб было на качество оказания медицинской помощи. Не меньшее количество жалоб — на организацию медицинской помощи. Несколько меньше число жалоб связано с неудовлетворенностью приемом конкретных специалистов. Пять процентов жалоб связаны с недовольством по вопросам, лежащим в области этики и деонтологии. Девять процентов жалоб лежат в области лекарственного обеспечения, это и недоступность льготных лекарств, и невозможность приобретения лекарств из-за их дороговизны, и физическая недоступность тендерных аптек. Жалобы на коррупционные нарушения составили 9%: сооплата и приписки. Около 1,5% жалоб — на низкую доступность медицинской помощи (выбор врача, отдаленность поликлиники). При общем анализе жалоб оказалось, что 62,8% из них обусловлены причинами, не требующими финансовых вложений.

Основными причинами обращений граждан являются: недостаточная информированность населения, особенно-

сти менталитета, нереализованная потребность в потреблении социальных услуг, отсутствие выбора врача, низкие размеры пенсии и пособия, недостаточный контроль со стороны государства за ценообразованием, проблемы обеспечения жизненно важными препаратами, нехватка хосписов, коррупция, отсутствие узких специалистов.

Проблемами, серьезно влияющими на здравоохранение, являются: внутренняя и внешняя трудовая миграция, безработица, рост доли социально незащищенных слоев населения, старение населения,



плохое качество питьевой воды, некачественные продукты питания, плохая экология, высокий травматизм, недоступность большинства современных медицинских технологий, отсутствие службы медико-социальной реабилитации.

В начале ноября этого года по вопросам лекарственного обеспечения уже получено около 500 обращений. Везде отмечаются проблемы с нововведениями в здравоохранении («благие намерения»): тендерные аптеки, некачественные отечественные препараты. Существует огромные проблемы с обеспечением редко применяемыми, жизненно важными препаратами. Во многом обеспечение препаратами зависит от инициативы регионов. Отчеты фонда направляются в правительство, министерство здравоохранения, антикоррупционный комитет.

В выступлении проф. П.А. Воробьева был представлен обзор 10-летней деятельности Форумного комитета РАМН, его основные достижения: ведение Перечня жизненно важных лекарственных средств и нескольких других перечней (педиатрический, редко применяемых технологий, негативный), введение фармакотерапевтической классификации лекарств, принятие решений методом консенсуса на основе доказательств, клинико-экономических исследований, принятие этического кодекса, для управления конфликтом интересов. В настоящее время перед Форумным комитетом стоят задачи общественного мониторинга государственных программ в здравоохранении. Большую роль деятельность Форумного комитета играет в развитии направления редких заболеваний в России. Для решения ряда вопросов в области лечения, диагностики, лекарственного обеспечения редких заболеваний, общественного мониторинга программы лекарственного обеспечения больных была создана Профессиональная Служба по редким дорогостоящим нозологиям. В докладе приведен отчет о деятельности Профессиональной Службы за 2007—2008 гг.

В завершение работы круглого стола был подписан Меморандум о сотрудничестве между общественным фондом «Аман-Саулык» и МОООФИ.

СВЕТСКАЯ ХРОНИКА

уровне приводит к оздоровлению тканей и органов до уровня, свойственного молодому и здоровому организму. То есть практически молодильные яблоки? Так называемые короткие пептиды — это вытяжки из животного сырья или синтезированные белки. Например, тималин — экстракт из тимуса крупного рогатого скота, эпителин (экстракт эпифиза) и другие. Кажется, человечество уже несколько веков назад предпринимало попытки лечить больной орган вытяжками, а то и кусками соответствующих органов убитых животных, младенцев...

Член-корр. РАМН, д.м.н., профессор, директор Института биорегуляции и геронтологии В.Х. Хавинсон: «Клинические исследования подтвердили высокую эффективность пептидотерапии. Нельзя не отметить тот факт, что применение комплекса пептидных препаратов оказывает благотворное влияние на организм как дополнение к лекарственному предписанию врача, так и в качестве самостоятельного курса. Остается только догадываться, куда приведут нас дальнейшие разработки в области пептидной биорегуляции, однако, несомненно, впереди нас ждут важные, жизненно-важные открытия. Сегодня мы презентуем выдающиеся достижения мирового уровня, которые заключаются в разработке метода, способа профилактики возрастной патологии, ускоренного старения и увеличения продолжительности жизни в России. Реализация этой программы будет полезна и эффективна для России. В советское время шесть препаратов были зарегистрированы как лекарства и занесены в фармакопею. Теперь созданы новые соединения».

В.Н. Анисимов, президент Геронтологического общества РАМН, профессор: «Один из подходов, который сегодня наиболее активно разрабатывается в российской науке — это разработка пептидных препаратов. Исследования на эту тему проводятся уже на протяжении 35 лет в России учеными

Продолжение на стр. 3

Все БАДы плохие, а наши хорошие

А. Власова

В середине декабря в РИА «Новости» прошла пресс-конференция под интригующим названием «Достижения российских ученых в поиске средств для сохранения здоровья и активного долголетия». Присутствовавшим журналистам поведали про нанопептиды, являющиеся основой нового класса продуктов — комплекса пептидных биорегуляторов. По мнению докладчиков, пептидотерапия позволяет эффективно воздействовать на процессы преждевременного старения человека как с профилактической, так и с лечебной целью, поэтому она показана абсолютно всем. Основные участники круглого стола — академики и профессор — в один голос называли эти препараты «сенсацией», «выдающимся мировым достижением», «уникальными соединениями», которые позволили добиться, к примеру, эффекта омоложения и сокращения смертности у обезьян.

На вопрос о серьезных доказательных клинических испытаниях внятного ответа не прозвучало. Зато было рассказано о том, что подготовлены программы возрастной профилактики с использованием этих соединений для продления трудоспособного периода жизни населения России, уже подписанные властями Петербурга и предлагающиеся для всей страны. Стоимость годового курса — 7—10 тысяч рублей. На вопрос о том, достаточно ли доказательств для того, чтобы «кормить все население короткими пептидами», руководитель отдела ГУ НИИ питания РАМН профессор А. Васильев ответил утвердительно. Он также привел довод, с его точки зрения, наиболее убедительный: «Вы бы видели, какие люди выходят из кабинета Хавинсона!» Имелись в виду представители власти, артисты и политические деятели.

Участники пресс-конференции утверждали, что пептиды совершенно безвредны, ведь они состоят из нескольких аминокислот, уже присутствующих в любом живом организме. А улучшение обменных процессов на клеточном

Начало на стр. 2

разных институтов Петербурга, Москвы, Новосибирска и многих других городов. Эти препараты прошли множество экспериментов, особенно часто испытывается их эффект по увеличению продолжительности жизни (более 30 опытов). Оказалось, что эти препараты отодвигают старение и снижают заболеваемость. Наши ученые выдвинули программу профилактики преждевременного старения, направленную в основном на трудоспособную часть населения».

В.Н. Шабалин, директор Российского НИИ геронтологии МЗСР РФ, академик РАМН, профессор: «Геронтология, гериатрия — имеют более 300 теорий старения, это говорит о сложности процесса. Существуют 3 основных направления обеспечения предотвращения патологического старения. Химический фактор — регулирует те или иные отклонения, физический фактор — влияет на глубинные процессы организма, биологический фактор — влияние в качестве предупредительных элементов на процесс старения. В нашей интеллектуальной эволюции применение биорегуляторов является весьма перспективным направлением, которое может обеспечить нам конкретное удовлетворение пожеланий наших взглядов на жизнь».

М.М.Г. Гаппаров, заместитель директора ГУ НИИ питания РАМН, член-корреспондент РАМН: «Здоровая жизнь человека зависит от полезного питания. Как правило, долгожители — скромно питающиеся люди, не питающиеся избыточно, соблюдающие определенные принципы оптимального питания — именно они живут дольше. Современная наука о питании не исчерпывается только рекомендациями, как и вся медицина, наука питания развивается. 30 лет тому назад нормы по пищевым веществам исчислялись достаточно строго регламентировано. Сейчас наше представление о питании расширилось за счет привлечения других, не менее важных растительных объектов, флавоноидов, и т.д., и это уже нашло отражение в рекомендациях. Есть рекомендации на уровне Министерства здравоохранения, Роспотребнадзора о потребностях в этих биологически-активных минорных веществах, которые содержатся именно в пищевых продуктах. Регуляция органов деятельности желудочно-кишечного тракта, регуляция нашего аппетита и многих функций организма, регуляция иммунной системы, антиокислительных процессов организма — во всем этом значительную роль играют пептиды».

А.Н. Богатырев, заместитель директора НИИ безопасности, качества и экологии пищевых производств, академик РАСХН, профессор: «Европа и США, давно уже задумываются над органическим сельскохозяйственным земледелием и выращиванием не только растительной продукции, но и пищи для сельскохозяйственных животных. Ведь пептиды берутся из животных, а то, чем они питаются, пропитано «отрицанием», масса пестицидов, гербицидов, огромное количество минеральных удобрений — все это химия. Все, что

идет от земли, идет к нам в магазины, а затем к нам в желудок. Это очень важная проблема, в которой мы должны разобраться. В США 50% сельскохозяйственных растений производится из генномодифицированных семян. За последние 20 лет население США потолстело, и резко возросло количество онкологических заболеваний, поэтому мы должны сами заботиться о нашем здоровье».

А.В. Васильев, руководитель отдела НИИ питания РАМН, профессор: «Пептидные комплексы проходили реальную оценку эффективности в ряде клиник, в нашей клинике. Это не лекарства — это регуляторы, способствующие поддержанию длительной жизни. Делаю вывод, что это (безопасность и переносимость) отчетливые результаты для отдельных видов этих пептидных комплексов. Комплексное использование этих биорегуляторов будет эффективно. Результаты исследований, проведенных Институтом геронтологии и биорегуляции, дают все основания для того, чтобы использовать биорегуляторы для повышения качества жизни и не только на склоне лет».

Замдиректора Санкт-Петербургского института биорегуляции и геронтологии СЗО РАМН Л. Козлов: «Пока это самая эффективная теория. У нас есть 23 новых соединения, которым надо придать форму лекарств или биологически активных добавок».

Попытки найти хоть какие-то более-менее удовлетворительного качества публикации в Интернете про рекламируемые учеными мужами недолекарства потерпели полный провал. Находятся только торговые сайты, пиарящие товар. Те единичные исследования, которые удалось найти проведены либо инвитро либо инвиво, но на животных: «Кардиоген, бронхоген, простамакс и панкреген в наших экспериментах стимулировали в эффективных концентрациях зоны роста эксплантатов соответствующих им тканей как у молодых, так и у старых животных.» И если в 2006 г. препараты начали испытывать на тканях крыс, то крайне маловероятно, что клинические испытания маломальски приемлемого дизайна могли пройти за 1,5 года, даже если предположить, что их проводили...

Профессор Хавинсон на вопрос, почему не были проведены исследования с адекватным дизайном ответил, что на стариках не проводят рандомизированные исследования с плацебо. А это совсем не так. К тому же не любые рандомизированные исследования нуждаются в плацебо-контроле. На вопрос: «Чем ваши БАДы лучше остальных?» Хавинсон ответил, что «тоже не сторонник БАДов, БАДы это страшное зло, в первую очередь потому, что за спиной их создателей нет науки, школы, а без школы нельзя создать ничего...» При этом организаторы пресс-конференции не сказали, что продвигают БАДы, называя свой продукт как угодно, пока их не «прижали в угол». Фактически происходившее представляло собой рекламу БАДов под видом научной пресс-конференции... Участники не декларировали конфликт интересов, который был явен.

СВЕТСКАЯ ХРОНИКА

9–12 декабря в г. Екатеринбурге состоялся ежегодный XVIII Национальный конгресс по болезням органов дыхания, организованный Российским респираторным обществом. Первый Всесоюзный конгресс состоялся в Киеве в 1990 г. Екатеринбург впервые принимал ведущих специалистов респираторной меди-

XVIII Национальный Конгресс по болезням органов дыхания (г. Екатеринбург)

цины России, ближнего и дальнего зарубежья. Прибыли ведущие специалисты Европейского респираторного общества из Германии, Франции, Великобритании, Японии, США, профессора и академики из разных регионов России. Проведено 12 школ для врачей. Ряд лекций и симпозиумов были мемориальными, посвящены памяти выдающихся ученых прошлого, в частности, создавшего в Екатеринбурге пульмонологический центр и школу известного торакального хирурга профессора М.Л. Шулуто. На Конгрессе в симпозиумах, круглых столах, клинических разборах приняли участие фтизиатры, онкологи, аллергологи, торакальные хирурги, специалисты в области профессиональной патологии и имидж- (лучевой) диагностики, педиатры, ЛОР-врачи, врачи общей практики.

Многочисленно подчеркивалось, что по-прежнему определенные трудности у практических врачей вызывает переход от понятия степеней тяжести бронхиальной астмы к концепции поддержания контроля. Детально изложены лечебные программы в зависимости от уровня контроля астмы с позиций GINA 2006 (GLOBAL INITIATIVE FOR ASTHMA — Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы). Целью терапии в настоящее время считается достижение полного контроля над болезнью. Описаны фенотипы и ряд генотипов тяжелой астмы и современные подходы к терапии гипер-IgE-синдрома.

Хроническая обструктивная болезнь легких рассматривалась как системное заболевание с сочетанной патологией, обсуждалась эволюция болезни и вопрос неизбежности ее прогрессирования, доложены результаты только что завершившегося многолетнего исследования UPLIFT. Большой интерес участников вызвали лекция академика А.Г. Чучалина «Что нового в пульмонологии 2008 года», доклад профессора С.И. Овчаренко «Особенности течения и лечения ХОБЛ у женщин». Если раньше ХОБЛ представляла в образе пожилого мужчины-курильщика, то сейчас это — женщина средних лет.

Горячее обсуждение и наплыв слушателей вызвали симпозиумы «ХОБЛ и астма — разные болезни?», «Легочная гипертензия, современное состояние вопроса», «Сепсис и

пневмония», «Новое в муковисцидозе». В связи с созданием специализированных центров в нашей стране, эффективностью современной терапии муковисцидоз перестал быть педиатрической проблемой (до 1990 г. больные подросткового и взрослого возраста в России достигали единицы). К 2005 г.

медиана выживаемости больных муковисцидозом увеличилась до 25 лет, и пациенты стали поступать в стационары для взрослых. Представлены новые перспективы в лечении муковисцидоза — препараты базисной антибиотикотерапии для контроля синегнойной инфекции, современные методы ингаляционной доставки лекарственных средств.

Доложен зарубежный и отечественный опыт применения современных технологий хирургической и эндобронхиальной редукции объема легких, в том числе клапанной бронхоблокации у больных с гетерогенными формами эмфиземы легких, отдаленные результаты оперативного удаления тромбов при хронической тромбоэмболической болезни легких (тромбартерэктомии). 3 года прошло после впервые произведенной в нашей

стране операции трансплантации легких. На настоящем конгрессе профессором В.Д. Паршиным (Москва) доложено о первой в России успешной пересадке трахеи с сосудами щитовидной железы у пациента с тяжелым посттравматическим стридором.

Совместный симпозиум пульмонологов и кардиологов был посвящен механизмам одышки и удушья при различной патологии легких и сердца. Обсуждались современные рекомендации по отказу от курения, диагностике и лечению эмфиземы легких, саркоидоза, рациональной антибиотикотерапии инфекций верхних и нижних дыхательных путей, представлены новые национальные рекомендации по ведению пациентов с внебольничной пневмонией. Отдельный симпозиум был посвящен вспышке легионеллезной инфекции, которая имела место в г. Верхняя Пышма близ Екатеринбурга.

Кроме научной программы гости Конгресса могли познакомиться с историей и достопримечательностями города Екатеринбурга, полюбоваться старинными изделиями местных умельцев из камня и чугуна.

М. Смирнова



ИнтерНьюс

Должны соблюдаться принципы человечности...

Премьер-министр РФ В. Путин пообещал главе Международного комитета Красного Креста Я. Келленбергеру содействие со стороны правительства России в работе этой международной гуманитарной организации. «К сожалению, работы у вас еще очень много. Мы со своей стороны будем делать все от нас зависящее, чтобы следовать принципам, положенным в основу современного международного гуманитарного права», — заявил премьер на встрече с Келленбергером в рамках Международной конференции по проблемам гуманитарного права. Путин отметил также, что Россия принимала непосредственное участие в создании МККК. Открываясь в Петербурге конференция с участием В. Путина и Я. Келленбергера посвящена 140-летию принятой по инициативе Российской Империи Декларации о запрете применения в военных действиях снарядов весом менее 400 граммов. Этот документ, по признанию Келленбергера, стал «вехой в создании международного гуманитарного права». «Когда мы говорим в рамках МККК о духе Санкт-Петербурга, мы имеем в виду прежде всего эту Декларацию, которая гарантирует, что и во время военных действий должны соблюдаться принципы человечности», — сказал глава МККК Я. Келленбергер также отметил позитивное значение работы по распространению знаний о гуманитарном праве, которая проводится сейчас в российской армии.

Источник: medportal.ru

Врача в колонию за выдачу санкнижек. Гуманно

Центральный районный суд Волгограда приговорил бывшего заместителя главного врача городской поликлиники номер 12 Т. Лазареву к 3,5 годам лишения свободы за получение взяток при оформлении медицинских книжек, сообщает во вторник пресс-служба Следственного управления Следственного комитета при прокуратуре РФ по Волгоградской области. Лазарева с марта 2006 г. по март 2007 г., находясь в должности заместителя главврача поликлиники по лечебной части, отвечала за проведение медицинских осмотров. «Не проводя надлежащего медицинского приема и без получения результатов исследования для выявления инфекционных заболеваний, она вносила в личные медицинские книжки пациентов несоответствующие действительности сведения. В результате продавцы продовольственных магазинов, не пройдя надлежащее медицинское обследование, без сдачи анализов получали разрешение на допуск к работе. Лазарева за оказанные ею услуги получала в качестве взятки денежные средства в различных суммах». Суд признал Лазареву виновной по 11 эпизодам. Наказание она будет отбывать в колонии общего режима. Кроме того, суд запретил врачу сроком на 2 года занимать должности, связанные с организационно-распорядительными и административно-хозяйственными функциями в системе здравоохранения.

Источник: GZT.ru

Опять странные инициативы по повышению рождаемости

Впечатление, что каждый старается выслужиться как может. Вот и в Новороссийске с 24 по 28 ноября прошла неделя под лозунгом «Без абортот». В этот период врачи прекратили выполнять плановые абортоты: операции по прерыванию беременности проводились лишь в крайних случаях. «Врачи попытались сделать все возможное, чтобы женщины не совершали непоправимого», — пояснил представитель горадминистрации, добавив, что абортоты оказывают негативное воздействие на психику женщин, а также наносят значительный вред здоровью и грозят бесплодием. В эти дни в городской женской консультации прошла неделя открытых дверей, в ходе которой жителям города предложили ознакомиться с методами планирования семьи и посмотреть фильмы о вреде абортотов. Организаторы акции не уточнили, как скажется недельная отсрочка в проведении абортот на психику и здоровье женщин, принявших твердое решение о прерывании беременности, а также на числе криминальных абортотов в городе. Известно также и то, как отразится на работе врачей возросшая нагрузка в первые дни после завершения «недели без абортот». «Уверена, за то время, пока будет проходить эксперимент, его инициаторы ничего толкового не добьются, только навредят» — сообщила вице-спикер Госдумы Любовь Слиска, подчеркнув, что депутаты обязательно разберутся с этой «странной инициативой». Для снижения числа абортотов надо не экспериментировать, а использовать те социальные гарантии, которые предлагают президент и правительство, добавила она.

Источник: medlinks.ru

ИнтерНьюс

Шанс на общение

Полностью парализованный американец получил способность издавать несколько звуков с помощью электродов, вживленных в мозг, которые подключены к звуковому синтезатору. Разработчики методики надеются, что с помощью подобной технологии парализованные люди в будущем смогут произносить целые фразы. Исследовательская группа из Бостонского университета в штате Массачусетс опробовала свою разработку на полностью парализованном пациенте Э. Рэмзи, который при этом находится в полном сознании. Паралич явился следствием кровоизлияния в ствол мозга, полученного 9 лет назад в результате автомобильной аварии. На первом этапе работы ученые с помощью функциональной магнитно-резонансной томографии выяснили, что мозг пациента в состоянии производить такие же речевые сигналы, как мозг здорового человека. Затем исследователи вживили в соответствующую область мозга постоянный электрод, разработанный Ф. Кеннеди из компании Neural Signals в штате Джорджия. Этот электрод был обработан нейротрофическими факторами, стимулирующими рост нервных клеток, которые закрепляют его в месте нахождения и продуцируют более мощные сигналы. После имплантации электрод через компьютерный преобразователь подключили к звуковому синтезатору. Благодаря этому устройству пациент получил возможность внятно произносить 3 гласных звука. По словам руководителя работы Ф. Гюнтера, следующей поставленной задачей стало усовершенствование компьютерного интерфейса и обучение пациента работе с ним таким образом, чтобы через 5 лет добиться произнесения отдельных слов. Дальнейшая работа над методикой имеет целью дать пациентам возможность произносить целые фразы.

Источник: *tma.ru*

Еще одного врача на нарцы

Амурский городской суд Хабаровского края вынес приговор в отношении врача акушера-гинеколога, обвиняемого в смерти женщины и ее ребенка во время родов. Согласно принятому решению, 43-летний С. Брагин осужден на 3 года лишения свободы с отбыванием в колонии-поселении, с лишением права заниматься врачебной или иной медицинской деятельностью сроком на 3 года. По данным пресс-службы прокуратуры Хабаровского края, 2 июля 2005 г. Брагин дежурил в акушерском отделении больницы города Амурска. В ходе оказания врачебной помощи беременной женщине он допустил грубые нарушения в диагностике и тактике ведения родов. Роженице не был своевременно выставлен диагноз «крупный плод» и необоснованно назначен препарат для стимуляции родовой деятельности, что привело к гибели женщины и ребенка, сообщили в прокуратуре. На судебном заседании Брагин своей вины не признал. Тем не менее, дополнительные судебно-медицинские экспертизы, проведенные во время следствия по этому делу, подтвердили справедливость предъявленных врачу обвинений. В результате, суд признал врача виновным по части 3 статьи 109 Уголовного кодекса Российской Федерации — причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей двум лицам.

Источник: *medportal.ru*

Экономический анализ показывает — финансировать по стандартам, где учтена лишь одна модель болезни — нельзя

Доктором С. Яровым проведены ABC-, VEN- и частотный анализы фармакотерапии больных с острым и хроническим пиелонефритом. Охарактеризована структура затрат на лекарственное лечение при различных формах пиелонефрита: острый необструктивный пиелонефрит, острый обструктивный пиелонефрит, обострение хронического обструктивного пиелонефрита, обострение пиелонефрита на фоне ХПН любой этиологии. Выявлено, что наименее затратным является лечение больных с острым обструктивным пиелонефритом. При лечении обструктивных форм пиелонефрита средства расходуются в целом рационально. При лечении острого необструктивного пиелонефрита наблюдается тенденция к неоправданно широкому назначению спазмолитиков, которые существенно удорожают лечение. Сопутствующая ХПН вне зависимости от ее стадии и происхождения резко удорожает лечение больных пиелонефритом. В каждой из рассматриваемых групп больных есть возможность оптимизации использования средств. Существующая система оплаты лечения больных по стандартам согласно основному диагнозу, без учета осложняющих факторов, не соответствует реальным затратам на лечение рассматриваемых групп.

Источник: *Проблемы стандартизации в здравоохранении, 2008, № 9*

Начало на стр. 1 ↗

опубликовали статью о радиоиммунных методах исследования. Это единственный случай, когда премию дали за методику. Этот метод открыл принципиально новую эпоху — эпоху радиоиммунных методов. Я училась в аспирантуре, в то время все РИА-методы для диссертации аспирант делал сам, это было обязательное условие. Сейчас РИА-методы уходят в прошлое, а тогда были только наборы для РИА-методов, и гамма-счетчик, который непрерывно ломается, но зато ты проходишь через все этапы. Когда стали активно внедрять эти методы, мы быстро столкнулись с проблемой разработки нормативов. В диссертациях контрольные группы были мизерные, подбирались не так, как надо, с сегодняшней точки зрения.

Очень повезло, что тема моей диссертации была связана с патологией щитовидной железы и состоянием молочной железы. В это время появился в мире бромкриптин, я приложила усилия к тому, чтобы его получить. Мы не представляли, что в стране такое количество больных гиперпролактинемией. Поначалу я тщетно искала больных по историям болезней, у которых отмечалась галакторея. Потом я поняла, что нужно просто вызывать всех тех, у кого нарушение менструального цикла. Мы поняли сколько их, когда женщины начали беременеть. А они ведь даже получали освобождение от налога за бездетность. Одна из первых моих пациенток до шевеления плода ходила к гинекологам, которые говорили: «Не говори глупостей, у тебя не может быть беременности!»

В 1979 году, после защиты кандидатской я ушла из ИЭЭиХГ на кафедру факультетской терапии ММА — кафедру проф. В. И. Маколкина, где был организован курс эндокринологии. Это было прекрасное время получения навыков лекционной работы и работы со студентами, великолепная педагогическая и клиническая школа. Затем к нам на курс пришел Иван Иванович Дедов и дал совершенно новый организационный импульс развитию эндокринологии. Другая эпоха, уже и Институт эндокринологии реформировался, и курс превратился в кафедру. И двадцатилетие кафедры мы отмечаем в этом году. Это уже совсем другая история...

Для меня всегда было очень важно, чтоб эндокринология развивалась. Мне всегда не хватало широкого организационного кругозора, я всегда была в конкретной теме, с конкретным больным. Организационные функции просто не приходили мне в голову, если меня жизнь заставляла, я их выполняла. Я писала статьи, потому что мне их хотелось писать, я что-то создавала, что мне хотелось создавать, но у меня никогда бы не хватило сил превратить курс в кафедру, изменить статус института эндокринологии, ведь даже просто перевести институт в клинический отдел РАМН это большой труд. Поэтому, когда я видела, как это хорошо получается у Ивана Ивановича, я воспринимала его всегда, как старшего и мудрого человека. С Иваном Ивановичем мы плечом к плечу во славу эндокринологии с 1979 года — уже почти 30 лет. Иногда его проекты кажутся почти невозможными, но проходит время — и получается сделать то, что казалось невыполнимым еще вчера.

В институте сейчас идет ремонт. К нему долго готовились. Я целенаправленно во всех зарубежных поездках рассматривала устройство клиник, особенности ремонта. Друзья-коллеги из других стран прислали мне несколько потрясающих книг, посвященных госпитальной архитектуре, интерьерам, лучшим мировым их образцам. Как оказалось, это отдельная наука: сделать помещения, соответствующие всем нормам больницы гигиены, еще и красивыми. Надеемся построить новый корпус института, может быть там удастся сделать, как в лучших клиниках мира.

У нас организовано диализное отделение для больных сахарным диабетом, диабетической нефропатией. Чтобы понять все тонкости работы с этими больными, нужно все отработать у себя. Столкнувшись лично с проблемами гиперпаратиреоза при диализе у диабетиков, мы активно вошли эти проблемы. Раньше мы занимались только первичным гиперпаратиреозом, а теперь занимаемся вторичным. Занимаемся адинамической болезнью костей, возникающей у диализных больных, мы лучше понимаем мышечные проблемы. Точно так же с диабетической ретинопатией. Есть неплохая острота Ивы Ковач «Диабетическая ретинопатия — это слишком серьезно, чтоб доверять ее только окулистам». У нас сейчас есть возможность оказывать больным сахарным диабетом всестороннюю помощь, поэтому мы делаем все, что можно для них на этом этапе, и человек получает достойного уровня рекомендации, а дальше мы должны делегировать функции на места. Мы сейчас составляем такие алгоритмы: что делать потом. Ведь с больным сахарным диабетом должны работать масса специалистов, кроме эндокринолога. Понятие «команда, работающая с больным» появилось в диабетологии — а ведь первые выезды и обучение за рубежом начались совсем недавно, с приходом И.И. Дедова в ИЭЭ и ХГ.

На кафедре

После защиты кандидатской карьера научного сотрудника, работающего в лаборатории, а это казалось самым целесообразным в этом центре, уже казалась неинтересной. Спасибо Владимиру Ивановичу Маколкину: меня приняли на кафедру факультетской терапии 1-го меда. Там тогда организовывался курс эндокринологии. И если в юности я бы в штыки восприняла уход из эндокринологии в терапию, то здесь я невероятно благодарна, что жизнь обернулась именно так. Во-первых, я поняла, как много я, оказывается, не

знаю в эндокринологии, с другой стороны — как я много не знаю в терапии вообще. Когда я училась в институте, мне казалось, что я получила весь необходимый багаж знаний по терапии. Придя к Маколкину, я поняла, что очень много недополучила. На этой кафедре была невероятно интересная система преподавания. Одно из первых руководств по факультетской терапии Маколкина, Овчаренко было хорошо структурировано, в нем понятно и просто все изложено. Тогда я уже не как студентка, а как педагог смогла оценить методику преподавания. Великолепные клинические разборы проводились.

Это педагогическая страсть. Когда я переходила из Института экспериментальной эндокринологии и химии гормонов в 1-й мед, одна из моих подруг сказала: «На свете есть две самые трудные и плохо оплачиваемые профессии — врач и педагог, и надо было умудриться их совместить». Преподавать необычайно интересно. Проходит года 2—3, твоя лекция устареет, и ты лучше видишь, что же произошло. Когда ты объясняешь что-то студентам, ты начинаешь задумываться, о чем раньше никогда не думал, и для этого нужно было встретить сопротивление, вопросы, непонимание. С одной стороны развивается лекционный навык, с другой стороны — нужно услышать вопрос, и понять, почему он возник.

Когда я вернулась в институт, то стала более внимательно слушать лекции научных сотрудников: если нет опыта работы со студентами, то лекция совершенно не так звучит, потому что лектор не понимает степень возможного непонимания аудитории. Кроме того, нечетко произнесенные вещи могут быть восприняты иначе. Я всегда обращала внимание, что слушаешь лекцию какого-нибудь известного ученого и думаешь: «Он же уже по 4-му разу про одно и то же». Это делается сознательно, чтобы слушатель услышал, понял, запомнил.

У студентов есть склонность зависать на патофизиологии, но это имеет смысл, только если это применимо в клинике. Голая патофизиология ни к чему хорошему не приводит. Сколько лет мы бубнили про бетта-блокаторы их отрицательный инотропный эффект и сердечную недостаточность. Прошло немного времени и все обернулось наоборот. Очень важно преподносить медицинские знания сквозь призму не только патофизиологии, но и сквозь медицину, построенную на доказательствах. Большая проблема преподавания в том, что базисные теоретические науки невероятно отстают от этого же базиса уже в субспециальностях. К примеру, мы разбираем ожирение, я студентам говорю, что на патофизиологии вы слышали что лептин — это «голос» жировой ткани. Но у жировой ткани еще много других «голосов», которые вы еще не успели узнать, резистин, к примеру. Вам нужно запомнить и понять только как в детском саду, только в рамках «плохой-хороший», вот адипонектин воспринимайте как «хороший» потому-то и потому-то. Почему так на патофизиологии не рассказать? Почему не рассказать про эффект Вольфа—Чайкова, который достаточно давно известен? Он не входит в программу, но на нем базируются современные представления о работе щитовидной железы (при одномоментном поступлении в организм очень большого количества йода развивается так называемый феномен Вольфа—Чайкова, который подразумевает временную, примерно на 14 дней, блокаду захвата йода щитовидной железой и синтеза тиреоидных гормонов), и йодолактоны не проходят). Нам удается найти общий язык с кафедрой патофизиологии ММА, мы встречаемся и обсуждаем, что мы хотим, чтобы наши студенты знали. Это то, что называется интеграцией по вертикали.

Клиницист должен находить время и идти к преподавателям базисных специальностей, объяснять, что нужно говорить подробнее, а на чем не задерживаться. До сих пор еще некоторые патофизиологи в некоторых институтах рассказывают студентам про синальбумин Валенс-Оуэна и его роли в диабете. Это одна из самых поучительных ошибок: клиницист обнаружил белок, все его изучали в 70-е годы, а потом оказалось, что это просто лабораторная ошибка, инсулин не связан с этим белком, и вообще это совершенно неважно и неинтересно. Но этим преподаватель занимает драгоценное время, не добавая нужных знаний, не говоря уж о том, что запутывает студентов.

У нас все время идут споры с рядом эндокринологов: на что лучше направить деньги — на обучение больных или на обучение врачей. Конечно, 12 минут на больного это очень мало. Но обидно, что руководители регионов не понимают: школа больного диабетом позволит потом с образованным человеком за 12 минут все решить. Более того, если врач собирает 10 больных на час в неделю, то это получается экономичнее, ведь он отвечает на одни и те же вопросы. Когда-то давно в Европе, в Германии в частности, организация школ больных сахарным диабетом встретила невероятное сопротивление. Немецкие врачи говорили: «Зачем вы их учите, они же будут меньше к вам приходить». Но постепенно эта идея прижилась при всех хронических заболеваниях. Врача обучать нужно максимально прикладным вещам: под каким углом вводить инсулиновую иглу при какой толщине подкожно-жирового слоя. Проблема не только в «подборе дозы» (хотя и этому пациент учится вместе с врачом), а в неправильной технике введения, неправильном хранении лекарств и т.д.

Об эндокринологии

Для меня всегда было важно развитие эндокринологии во всей стране, а не только на территории конкретного отде-

Продолжение на стр. 5 ↗

Начало на стр. 1, 4

ления или института. Эндокринология ясна, проста и структурирована. Но приходят плохо обследованные, плохо леченные больные. Обидно, ведь это наши родные люди. Я прекрасно понимаю, что есть такие области медицины, где просто нет решений, и никто пока не знает, что делать, или потому что кроме паллиатива ничего сделать нельзя. Но в большинстве случаев эндокринологические пациенты могут быть курируемы. Джон Кеннеди работал президентом — он аддисоник, первая группа инвалидности в России, да изменил Жаклин, возможно из-за плохой компенсации. Джордж Буш-старший, будучи президентом, заболел диффузным токсическим зобом, и супруга заболела, оба пролечены с помощью радиоактивного йода.

Эндокринология — медицинская дисциплина, в которой можно достаточно много сделать для сохранения трудоспособности и качества жизни. Почему нужно бесконечно нелепо стричь эти узловые коллоидные зобы в каком-то странном исполнении, экономия фрагменты, хотя их либо не надо трогать вообще, либо если надо лечить, то лечить иначе? В чем чаще всего неудовлетворенность медицинской помощью — полученные рекомендации описываются порой формулой «пойди туда, не знаю куда, принеси то, не знаю что». Я не говорю, что в эндокринологии все известно, но на сегодня у науки такой статус, что хотя бы понятно, что надо сделать, чтобы было лучше. Мы хотели бы, чтобы еще лучше были бы результаты лечения диффузного токсического зоба. Даже сегодня адекватное лечение его устранил синдром тиреотоксикоза — то есть то, от чего умирают, будет ликвидировано. Умереть от этого уже нельзя. Ведь это заболевание достаточно тяжелое, а сегодня уже известны олимпийские чемпионы получившие свои медали после ликвидации диффузного токсического зоба (бегунья на 100 метров, пролечена радиоактивным йодом, и получает олимпийскую медаль на тироксине).

У нас есть офтальмопатия эндокринная, тяжелая проблема, плохо решается, но сейчас создана Европейская ассоциация по лечению офтальмопатии, мы за какое-то время обозримое чего-то достигли. Кардиология появилась на свет раньше. А эндокринология появилась на земле, как слово, только в 1906 г., инсулин был получен в 22-м г., мы стали нужны как лечебная дисциплина, как бурно прогрессирующая медицинская наука лишь в 70-е годы. Может наше нынешнее некое миссионерство, подвижничество в активном продвижении эндокринологии связано с тем, что сама дисциплина была зажата. Дисциплина, которая приносит реальную пользу больному, которую видно сразу, отнюдь не является узкой специальностью — мы одновременно и узки и широки — ведь ингибиторы АПФ, это тоже наше. Мы должны знать и решать кучу проблем, которые возникают у терапевтического больного — вторичных эндокринопатий, и должны знать терапевтические аспекты первичных эндокринопатий.

Эндокринологов в стране не должно быть намного больше, чем есть сейчас, сегодня их вполне достаточно, но они должны быть куда лучше обучены. Пирамида врачебной помощи другого мира на инном основывается. У нас она перевернутая. У нас нет основания — семейного врача, как его ни назови. Должен быть человек, который решает проблемы здоровья интегративно. А у нас пациент начинает бегать по невероятному количеству узких специалистов, сам «складывая» назначения. Меня 3 года назад потрясла пациентка, она стала для меня символом отечественной медицины. Без сколько-нибудь значимой эндокринной патологии ее прозвизжали, нашли нечто и послали к эндокринологу. А у нее куча банальных заболеваний, больше всего достает гипертония, которой толком не занимаются. И вот последние 3 года она каждый понедельник перестает принимать атенолол и начинает принимать эгилон и наоборот. Оказывается, что по рекомендациям больницы № 1 она получает атенолол, а по рекомендациям больницы № 2 эгилон. Возможно, врачи и там и там были хорошие, но

решение пришлось принимать самой пациентке, и она придумала такую оригинальную схему. А ведь у нас пациенты вынуждены самостоятельно совмещать десятки назначений различных специалистов.

Так что эндокринологов не должно быть существенно больше, больше должен знать семейный врач, больше должны знать врачи других специальностей, врачей надо больше и дольше учить. Такое впечатление, что мы живем в стране безруких врачей. Ведь это классика жанра: «Я боюсь, что у вас что-то с щитовидкой, сходите на УЗИ». Ведь УЗИ может помочь увидеть только какие-то изменения структуры, а врача должна волновать функция! Если уж врача волнуют изменения структуры — легко протягиваешь руки и пальчиками пальпируешь щитовидную железу. По любому из алгоритмов. Если ищешь нарушение деятельности железы — исследуешь тиреотропный гормон — 2 часа работы. Конечно, проще к подружке Светке-узистке всех пациентов отправлять, но, во-первых, Светке жестоко не доплачивают за ее узиканье, потому что реальная стоимость УЗИ, проведенного специалистом, на порядок выше, чем платят сейчас. Фактически мы, не доплачивая врачу, посылаем пациента на ненужное исследование, там его смотрит плохо обученный специалист, которому мало платят. Он не отличает, что значимо, а что нет. Записывая в протоколе нарушение экзогенности в 3 мм, врач должен понимать, что больной, выйдя из кабинета, все прочтет. Поэтому врач должен сказать, что он записывает в протоколе клинически незначимое, он просто проводит инвентаризацию. Но для того, чтоб такой ситуации не возникало, больного лучше не посылать на УЗИ!

ТТГ легко и просто сделать в любой лаборатории, про ТТГ действительно нужно знать! Это редкий гормон в смысле стабильности, если он изменился, то нужно настроиться. То есть если мы ведем больного по нормальному клиническому пути, мы экономим кучу средств, экономим нервы больного. Если больного с эндокринопатией вести по нормальному терапевтическому пути, то все будет хорошо, и это заставляет бесконечно пытаться врачей обучить этому пути.

О форумах и статьях

Для меня очень важно обучить максимально возможное количество врачей всеми возможными способами: чтением лекций, написанием статей, общением на профессиональных форумах. Я чувствую, что должна это делать. Делай, что должен, и будь, что будет. Я не могу относиться спокойно, что в Тьмутараканске больного лечат плохо, хотя могли бы лечить хорошо. Общение на профессиональных форумах дает отличное представление об уровне знаний врачей, кроме того на медицинских сайтах полно пациентов, которые там говорят то, что в жизни не скажут в глаза врачу. Я узнаю о проблемах в регионах и стараюсь доносить их до руководящих органов. Медицинские форумы — это потрясающе удобный способ получения и передачи информации. Конечно, это отнимает время, например, от написания статей, но чем дальше, тем больше я склоняюсь к тому, что статьи нужно писать редко, очень высокого уровня и публиковать их в журналах с мировым именем. Пока ты отвечаешь врачам на вопросы, ты начинаешь лучше, понятней формулировать мысли и потом, когда пишешь статью, у тебя фактически уже готовые куски есть. Хороших статей в год выходит у нас, ну десяток от силы, это в зарубежных журналах, 30—40 в ВАКовских. Писать нужно методические рекомендации, как бы это не было скучно, протоколы ведения больных. Нам надо собираться большими группами, включая специалистов по управлению здравоохранением, расчету экономической целесообразности и обсуждать рекомендации, гайды, протоколы. Я начинаю задумываться о результатах своей деятельности: да есть кафедра, есть замечательный коллектив Института, коллектив ММА, но меня волнуют эндокринологи остальной страны. Ведь удовольствие от того, что ты помог кому-то стать врачом чуть-чуть получше, ничем не меньше, чем удовольствие от помощи конкретному больному!

Интервью

Судить врачей — хорошее дело


Прокуратура Петродворцового района Петербурга утвердила обвинительное заключение по делу 2 врачей из Петергофа. Хирурги Н. Тюляев и А. Охинченко обвиняются в постановке пациенту ложного диагноза с целью навязать дорогостоящее ненужное лечение. Как установило следствие, врачи работали в отделении травматологии в Николаевской больнице Петродворца и в начале года убедили двух пациентов в необходимости срочной хирургической операции — протезирование тазобедренного сустава. Врачи пояснили, что такую операцию можно провести только за свой счет, а в программу обязательного медицинского страхования она не входит. Травматологи дали больным прайс на продукцию: «однополюсный эндопротез тазобедренного сустава иностранного производства» стоил около 62 тысяч рублей. Причем протез ни пациентам, ни их родственникам, которые платили за лечение, не показали. Пациенты согласились на операцию, но имплантированные протезы не помогли: больные так и не начали ходить. Кроме того, у них появились тяжелые осложнения, которые вновь привели пациентов на операционный стол. Во время второй операции выяснилось, что «дорогие импортные протезы» на самом деле оказались отечественными, да еще кустарной сборки. Действия докторов подпадали под статьи 159 («Мошенничество») и 111 («Умышленное причинение тяжкого вреда здоровью») УК. «В ходе расследования к хирургам было заявлено 2 гражданских иска. Первый — от пациентов, требующих обратно свои деньги. Вторая сумма — 350 тысяч рублей — будет взыскана в защиту интересов Российской Федерации», — рассказала помощник прокурора Петербурга по связям со СМИ Ю. Денисова. По ее словам, именно во столько обошлись повторные операции, лечение и реабилитация больных, которые были введены в заблуждение. «Их лечили за счет больницы», — отметила Денисова. Дальнейшее следствие выявило еще один преступный эпизод. Оказалось, что Тюляев вообще не имел права делать операции эндопротезирования, так как не имел квалификации травматолога-ортопеда. Врачебный аттестат на присвоение первой квалификационной категории у него был поддельный. Между тем именно этот аттестат и помог ему устроиться на работу в Николаевскую больницу и получать относительно высокую зарплату. Как подсчитали в прокуратуре, за счет надбавок за категорию Тюляев незаконно получил из госбюджета 82 тысячи рублей. Он будет обязан вернуть их после приговора суда. Вдобавок к статьям об умышленном причинении вреда здоровью и о мошенничестве лжетравматологу придется отвечать и за подделку документов (статья 327 УК).

Источник: gzt.ru

Гинкго «от головы» не помогает?

Экстракт двухлопастного гинкго (гинкго билоба, Ginkgo biloba), рекламируемый чуть ли не как самое эффективное средство от слабоумия, связанного с нарушениями кровообращения и болезнью Альцгеймера, таковым не является. Проведенное учеными из Университета Питсбурга исследование показало, что этот препарат не помогает ни «здоровым» старикам в профилактике, ни «умеренно больным» в лечении деменции. Опубликованная во влиятельном Journal of the American Medical Association работа выполнялась на базе сразу нескольких клиник, так что в достоверности данных сомневаться не приходится. Всего ученые наблюдали 3069 добровольцев в возрасте 75 лет и старше с 2000 по 2008 гг., которых поделили поровну — половину получали экстракт, половина — безвредный препарат. Опыт ставился в соответствии с нормами двойного слепого плацебо-контролируемого исследования. Прием 120 мг экстракта в день не оказал никакого эффекта на нормальные процессы старения и возрастной дегенерации нервной ткани — по крайней мере, по данным магнитно-резонансной томографии и ангиографии (картирования сосудов). Разницы в конечном результате тоже продемонстрировать не удалось — слабоеумие развилось у 277 пациентов в группе гинкго, и у 246 в группе плацебо; смертность также статистически значимо не отличалась. Не решившиеся вступить в спор с фармацевтическими гигантами авторы статьи осторожно отметили, что эффект, возможно, не был замечен из-за относительно небольшого для изучения подобных болезней срока наблюдения.

Источник: портал «Вечная молодость» www.vechnayamolodost.ru



ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ: НЕОТЛОЖНАЯ ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА

Б.П. Богомолов
Издательство НЬЮДИАМЕД
2007 г.

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

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

Книга завершается главой, посвященной принципам лечения инфекционных больных, уходу, питанию, реабилитации.

Рекомендуется семейным врачам, инфекционистам, терапевтам, врачам скорой помощи, профильных специальностей, клиническим ординаторам и аспирантам клинических кафедр.

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

ИнтерНьюс

Профилактика? Нет, лечение

Исследователи ВОЗ создали компьютерную модель, которая позволила спроецировать динамику распространения инфекции в том случае, если бы каждый житель планеты, достигший 15 лет, сдавал анализы на ВИЧ раз в год. Такая стратегия практически полностью остановила бы передачу вируса. Специалисты самой ВОЗ признают, что из-за слабой развитости системы здравоохранения во многих странах воплощение идеи борьбы со СПИДом в мировых масштабах нереально. Число больных СПИДом во всем мире достигло 33 миллионов человек. Рост числа ВИЧ-инфицированных отмечен за последние годы в Китае, России, Германии и Великобритании. Почти 70% всех случаев заболевания СПИДом зарегистрировано в Африке, где больные часто не имеют доступа к лекарствам и квалифицированной медицинской помощи. Генеральная ассамблея ООН и лидеры «большой восьмерки» ставили цель к 2010 г. добиться повсеместного доступа к антивирусной терапии, однако уже ясно, что этот план выполнен не будет.

Ранее, на конференции в Национальном институте здравоохранения США, некоторые учёные призвали отказаться от клинических исследований вакцин против ВИЧ. Необходимость поиска новых подходов к разработке вакцин против ВИЧ-инфекции стала очевидной после провала клинических испытаний вакцины в конце 2007 г. Продолжительное и дорогостоящее (476 млн. долларов) исследование, одновременно проводившееся в ЮАР, Перу, Австралии и на Ямайке, показало, что вакцина не только не снизила, но и несколько увеличила риск заражения ВИЧ среди участников исследования. Специалисты выразили сомнение в самой возможности создания эффективных вакцин против ВИЧ, некоторые — призвали полностью отказаться от разработки вакцин и направить все имеющиеся средства на профилактику инфекции и лечение уже инфицированных людей. Подобное мнение высказал недавно и руководитель Федерального центра по борьбе со СПИДом В. Покровский. «Превентивная вакцина от СПИДа не будет создана, по крайней мере, в ближайшие 10 лет». Ученый не исключает, что такую вакцину создать невозможно. «Многие исследования уже закончились провалом, — пояснил он. — Вполне возможно, что повторится такая же история, как с вакцинами от сифилиса и малярии, которые разрабатываются уже более 100 лет». При этом Покровский не отрицает возможность создания лекарств, которые полностью вылечат ВИЧ-положительных людей от заболевания.

Источник: strf.ru

Студенты вне конституционного поля

Начальник Федеральной службы по контролю за оборотом наркотиков по Центральному административному округу Москвы Ф. Махмудов считает необходимым принудительное тестирование на употребление наркотиков студентов и абитуриентов московских вузов. Причем он предлагает не дожидаться решения этого вопроса на государственном уровне, а внедрять подобную практику решением руководителей учебных заведений. Об этом Махмудов сообщил на заседании коллегии префектуры ЦАО, посвященном рассмотрению концепции целевой программы противодействия незаконному обороту наркотических средств. По мнению главного наркополицейского ЦАО, такое тестирование может стать действенной мерой профилактики для молодых людей, которые колеблются, принимать наркотики или нет. Помимо этого, Махмудов собирается выйти в Госдуму с предложением относительно разработки законодательной инициативы об обязательной проверке человека, находящегося в состоянии наркотического опьянения независимо от его согласия. В настоящее время для освидетельствования на прием наркотических препаратов по закону требуется согласие человека. Подобная инициатива вряд ли встретит единодушную поддержку. Так, уполномоченный по правам человека в России В. Лукин заявил, что борьба с наркоманией должна вестись в рамках конституционного поля, и что поголовные проверки в учебных заведениях нарушают принцип презумпции невиновности и оскорбляют чувство собственного достоинства студентов.

Источник: medportal.ru

Вы еще не знаете, кто такой Владимир Мединский? Отвечаем — доктор наук и профессор МГИМО. Был бизнесменом, затем госслужащим, состоял в «Отечестве», состоит в «Единой России». Ныне — депутат Государственной Думы РФ уже 2 созывов. Выпустил книжку «О русском пьянстве, лени и жестокости. Мифы о России» (2008 г.). И это только 1-я часть трилогии, развенчивающая мифы о нашей стране. Уже вышла и широко рекламируется 2-я часть. Стоит добавить, что помимо разоблачения мифов в книге, на ТВ, работы в Государственной Думе г-н Мединский в 2006—2008 гг. являлся Президентом Российской ассоциации по связям с общественностью (РАСО). Оставил же он свой пост в РАСО весьма поспешно после того, как во время записи программы на канале «Мир» один из авторов этой заметки спросил его, как г. Мединский, депутат Госдумы, может, получая средства от табачной индустрии, писать слабые «анти-табачные» законопроекты. Г-н Мединский не нашелся, как отвести обвинение в том, что партнером РАСО, которую он возглавлял, являлась Бри-тиш-Американ Тобакко, чей логотип долгое время украшал сайт РАСО. Логотип исчез с сайта вместе с уходом г-на Мединского с поста руководителя организации.

Нелишне отметить, что РАСО значится как получатель средств ряда крупных иностранных табачных компаний, таких как «Реестма», «Донской Табак», «Филипп Моррис». Сведения об этом легко найти в Интернете. Легко предположить, что сотрудничество с табачниками на посту президента РАСО послужило причиной того, что, так называемые законопроекты по контролю над табаком, которые г. Мединский разработал, направлены на защиту табачной индустрии, а отнюдь не общества, которое расплачивается 400 тысячами жизней россиян ежегодно из-за табака.

Г. Мединский — широкий человек, и табаком его деятельность не ограничивается. Книжка «Мифы о России» вся против очернителей России, только отчасти перечисленных в заглавии. Пушкин ему не нравится за то, что считал русских «ленными и нелюбопытными», а если бунт, то «бессмысленный и беспощадный». Гоголь видел в России только две проблемы — «дороги и дураки». Лермонтов не угодил Мединскому, назвав Россию «немытой». А каково досталось бы Михаилу Юрьевичу — потомку шотландца Лермонта, знай он продолжение: «Прощай немытая Россия, страна рабов, страна господ... и ты, послушный им народ». И Нестор не пришелся нашему автору, поскольку считал, что в «земле нашей... порядка нет». И еще многие знаменитые россияне, которые «со странным мазохизмом культивируют о себе негативные стереотипы».

Г. Мединский восстанавливает престиж страны на 527 страницах 1-й части трилогии. В 1-й книге 4 главы, 2-я — «Миф о пьянстве». А пьянство в России — это уже тема, которой один из авторов заметки занимается более 20 лет, выпустил 3 книги, подготовил 4-ю и написал по этой теме около 100 статей, если считать не только научные, но и газетные публикации. Легко догадаться, что в глазах г. Мединского вся эта продукция — тоже очернительство и создание еще одного гнусного мифа, особенно книга «Алкогольная смертность в России» (2001 г.). Думаю, что от гнева г. Мединского автора спасло только то, что он не удостоился стоять в ряду «великих очернителей».

Стоять не удостоился, но сказать должен, что г. Мединский — создатель еще одного мифа, правда, белокрылого и в белых одеждах в отличие от мифов великих предков. Все они: Нестор, князь Владимир, Карамзин, Пушкин, Лермонтов, Гоголь и прочая, и прочая... не поняли Россию. Только г. Мединский смог это сделать. Только «патриот» Мединский понял, что российское пьянство — миф, незаслуженно порочащий российского человека, а поэтому его надо искоренять.

Искореняет он «миф о русском пьянстве» двумя способами. Первый — широкими мазками и на многих страницах рисует тяжелое пьянство за рубежами нашей Родины, второй — искажает и без того неполную статистику тяжелых последствий пьянства в нашей стране. Все плохо в Европе: «почти 200000 человек ежегодно умирает в странах ЕС от последствий злоупотребления алкоголем» (стр. 270). Умирают сами и других травят — именно оттуда пришла к нам и эта

зараза: «водка — не русский напиток!» (стр. 294). Не то у нас! Что было типично для советского времени по В. Мединскому: «Миллионы, десятки миллионов людей, которые пили в целом весьма умеренно, а вот работали достаточно неплохо... Настолько «неплохо», что в Сибири и Казахстане вставали... целые города, первым полетел в космос советский человек...» (стр. 331). «В Британии и в США пьянствовали тогда куда больше нашего... В СССР и уровень алкоголизма был много ниже, и генфонд целее, чем на Западе» (стр. 332). Уместно спросить, кто тогда, вскоре после опустошения советской генетики, исследовал советский генфонд?

Толщину прекрасно изданной книги создает тысячелетняя, от библейских времен история пьянства, зарубежного, заметим. Кто только не писал о вине, виноделии и пьянстве, и все попали в книгу г. Мединского: Гомер, Аристотель и Платон, Геродот, Плиний и Тацит — все они и многие другие жаловались на пьянство своих сограждан. Не обошлось и без Иисуса Христа. «В «Илиаде» и «Одиссее» вино льется рекой» — пишет г. Мединский.

Однако, заметим, что все это, многостраничное, не имеет никакого значения для понимания нынешнего российского пьянства.

Любимое занятие г. Мединского — борьба с пивом (стр. 339), и расхожие противопивные штампы заполняют 3 главы, создается еще один миф, но уже в черных тонах. По Мединскому получается так, что пиво опаснее водки: «пивное пристрастие губит организм еще коварнее, чем водочное» (стр. 343). Между тем в России чистый пивной алкоголизм — явление экзотическое: для большинства населения пивное пиво — дорогой напиток, грамм алкоголя в пиве в 2,5 раза дороже того же грамма в водке и почти в 10 раз при сравнении с водочными суррогатами. А цена бутылки «паленой» водки вполне сравнима с ценой бутылки пива. Да и покупательная способность большей части нашего населения не может подняться над уровнем в 30 рублей за бутылку суррогата. Поэтому пивное пьянство, кроме как в книге, а может быть и в голове г. Мединского, нашей национальной проблемой не является, в отличие от пьянства водочного. Еще никто не умер от отравления пивом, а от крепких напитков — от 30 до 50 тысяч в разные годы из последних 15. Это не означает призыв пить пиво, но пиво, несомненно, меньшее зло, чем крепкие напитки, а если зло неодолимо, то из двух зол лучше выбирать меньшее. Но ничего этого не хочет знать разоблачитель мифов.

Г. Мединский не хочет знать не только этого, но и официальной, сильно заниженной статистики. Он пишет: «Проблема женского алкоголизма, к счастью, в России не является угрожающей». В то же время, именно угрожающей стала эта проблема: смертность от отравления алкоголем женщин и мужчин составляет 1:4, тогда как 50 лет назад это отношение равнялось 1:7. В. Мединский пишет: «Алкоголизм в 2001 г унес жизни 20000 человек, в 2000 году — 13000 человек». Если собственно алкоголизм, то по официальным данным много меньше, а если отравления алкоголем, то несравненно больше: от 26000 в 1998 г. до 55500 в 1994 г. И это только небольшая часть алкогольного урона страны: к прямым алкогольным потерям (например, отравления алкоголем) добавляются связанные с алкоголем убийства (70% происходят с состоянием алкогольного опьянения), самоубийства (50%), а главное — сердечно-сосудистые смерти (почти 20%), а в сумме — более 400000 человек ежегодно умирают в России досрочно из-за неумеренного употребления спиртного. Главный урон составляют мужское население работоспособного возраста: 43% мужчин 25–54 лет умерли в Ижевске в 2002–2003 гг. в связи с алкоголем. Алкоголь вносит существенный вклад в демографическую катастрофу России. И если мы поверим г. Мединскому, что «русское пьянство» — это миф или очернительство российского населения, то через 30 лет рискуем остаться без значительной части этого населения.

Хотя думается, что у г. Мединского найдется способ разоблачить очередные мифы, приведенные здесь очередными очернителями?

Искренне Ваши, А. Немцов, доктор медицинских наук, К. Данишевский, кандидат медицинских наук

В. Мединский против Пушкина, Лермонтова, Гоголя и прочая...

СНОВА!

Как поугаить нашу газету?

СНОВА!

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

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

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

Купон высылайте в конверте по адресу:

115446, Москва, Коломенский пр., д. 4, а/я 2, МТП Ньюдиамед
Газета высылается БЕСПЛАТНО

Работа над концепцией развития здравоохранения до 2020 г., определяющей пути модернизации отрасли, закончена. Минздравсоцразвития не просто представил проект на сайте для обсуждения, а милостиво предложил простым смертным внести свой вклад в разработку документа, отчетливо понимая, что писать он будет про свое. К октябрю 2008 г. на сайт поступило 564 обращения и более 2000 комментариев. Высказывания противоречивы, запальчивы и резки (так наболело!).

Недавно прочитал в Интернете, что в Самаре посадили в тюрьму врачей за то, что они после проведенного лечения вывезли человека без определенного места жительства («бомжа») на улицу. А что же нам, врачам, делать? Понятно, что они такие же люди и, возможно, не виноваты, что оказались в такой ситуации, но неужели об этом должен думать врач, или все-таки наши власти? Что — оформлять прописку им в стационарах? Мы много говорим о защите прав пациента, но кто защитит права врача?! Сейчас на врача не подаст в суд только ленивый, черпая информацию о врачебных ошибках из средств массовой информации! Есть ситуации, когда ни опытный врач, ни Бог не может предвидеть исход операции или болезни, так почему врач, подвергаясь и так постоянному стрессу по своей профессии, потом ходит к следователю?!

В поликлиниках нормативы нагрузки на рабочую смену участкового врача-терапевта на ставку — от 30 до 55 пациентов. Качественно оказать медицинскую помощь при 5-часовом приеме с такой нагрузкой не представляется возможным. «Норматив» 55 больных за 5 часов, то есть 5 с небольшим минут на больного, — должностное преступление. 45 больных на одну палатную медсестру — это тоже преступление! Чем больше нагрузка, тем ниже качество лечения. В результате хронической усталости наступает равнодушие к пациентам... Врачи стали как токари на заводе: чем больше гаек, тем больше зарплата. Даже у судебных медиков уровень зарплаты зависит от количества исследованных трупов. Во времена СССР эксперту не разрешали работать более чем на 1,5 ставки (15 исследований в месяц), но при этом на эти 1,5 ст. получалось около 240 руб., что было приличными деньгами. Плюс к этому получение жилья в районных центрах. Сейчас судмедэксперты в некоторых регионах исследуют по 40—60 трупов в месяц, потому что на 1,5 ставки не проживешь.

При зарплате в отделении 10—12 тыс. рублей наш директор говорит: «Вы получаете 4 прожиточных минимума, а вам все мало. Оставляю в отделении 1,5 врача и заведующего на 0,5 ставки». А вы говорите «реформа»! Нельзя заставить работать хорошо, нужно стимулировать работу на основе критериев качества. Час работы врача высшей категории при оказании скорой санитарно-авиационной помощи стоит 19 руб. 72 коп. Прием врача-терапевта в поликлинике стоил года 2 назад 4 рубля, осмотр на дому — 6 рублей. И начальство нам кричало: «Если пациент не открывает дверь, вы должны позвонить с мобильного». На 6 рублей я могу только SMS пациенту отправить, а потом пешком ходить на работу, ничего не есть и мумифицироваться. Ходим страшные и убогие — обувь не на что купить... А мне 29 лет, я жить хочу... Врач-кардиолог высшей категории (пульмонолог, эндокринолог, гематолог) обязан дважды в месяц отдежурить по стационару (один на 5-6 отделений) и получить за 12 часов работы 150 руб. Это сколько же стоит час работы?

Советская система здравоохранения признавалась лучшей в мире. Вместо того чтобы привести ее к современному уровню достижений в медицине, отказаться от финансирования по остаточному принципу, медицинские псевдореформаторы, прорвавшись к власти, «освоили» выделенные на реформу здравоохранения 320 млн. долларов, вызвав существующий ныне хаос. Структурная проблема здравоохранения — это слабость первичного звена и акцент на специализированную помощь. Создаются суперцентры, которые могут обслужить максимум 0,01—0,05% населения, в то время как основная масса не имеет доступа к квалифицированной первичной врачебной помощи. Первичное звено должно функционировать как основное звено медицины, а не как какое-то подбрюшье.

Предлагаю в законодательном порядке обеспечить финансирование лечения детей с онкозаболеваниями без лимитов. Добропорядочные граждане не должны клянуть деньги для спасения своего ребенка в Интернете, газетах и телевизоре. Это унижительно для граждан и оскорбительно для страны! Неэтично, антигуманно, античеловечно оказывать гуманитарную помощь другим странам, когда в собственной стране умирают дети, оттого что у родителей нет средств на их лечение.

Если уж речь идет о разложении нравственности и духовных корней в государстве как первопричине всех бед, то и коррупция, и взяточничество, и реклама алкоголя, табака — это все звенья одной цепи по дальнейшему спаиванию и разложению населения. Алкоголизм и наркомания — это способ делать невыносимые конфликты временно терпимыми. Люди, употребляющие алкоголь, стремятся уйти от одной реальности, ко-

торая кажется им тягостной, к другой, более «розовой». Пока в стране будет продолжаться дикий разгул капитализма и увеличиваться разница между бедными и богатыми, никакими концепциями искоренить социальные болезни не удастся. Читайте классиков: «Обеспечьте капиталу 10% прибыли, и капитал согласен на всякое применение, при 20% он становится оживленным, при 50% положительно готов сломать себе голову, при 100% он попирает все человеческие законы, при

что нынешнее финансирование бесплатной медицинской помощи достаточно для того, чтобы мужчины жили не более 59 лет (на большую продолжительность жизни оно не рассчитано). Каким должен быть уровень оказания медицинской помощи гражданину Великой страны? Законопроект закрепляет неизвестную медицинскому миру норму — «минимально допустимый уровень удовлетворения потребностей граждан в медицинской помощи». Замечу, что самый минимальный «уровень удовлетворения потребностей граждан в медицинской помощи» — это эвтаназия...

Услуги здравоохранения должны предоставляться в рамках одной модели для всех граждан независимо от их статуса, общественного и материального положения. Если мы действительно хотим справедливого распределения медпомощи, начинать надо именно с этого. Хорошо хоть обкомовские больницы канули в Лету, но ведь сколько еще осталось ведомственных лечебных учреждений, управлений, спецбольниц! Такие больницы для различных элит есть разве что в африканских коррумпированных странах. Нигде в развитом мире вы не встретите больницу для работников МВД, железной дороги... Это все ведет к усложнению организационной бюрократии, к разным стандартам в лечении и, в конечном итоге, — к социальной несправедливости. Такого количества «кормушек» и «своичеств», которые есть сейчас в России, такого количества «лжеучений» и диссертаций, идеологий и верований, когда страна, как тухлое мясо червями, кишит вождями и идеологами, пророками и витиями, академиками и магами, не знала не только советская, но и мировая история.

Начиная с 90-х годов проводится селекция руководителей по принципу: «меньше просишь — значит, лучше руководишь». Это поколение управленцев не способно работать в ситуации достаточного финансирования. Они не заинтересованы в работе федеральных программ, потому что опасаются дополнительного контроля. Аппараты местных управлений здравоохранения и департамента здравоохранения нужно просто упразднить. Это твердое мнение 99,9999% практикующих врачей. Посмотрите, сколько финансовых

средств расходуется на их содержание. Спросите любого практикующего врача: в чем департамент и управления здравоохранения оказывают помощь в работе врача? Нет никакой помощи. Сколько можно содержать армию бездельников и платить им огромные зарплаты!

Каждая суверенная страна должна иметь собственное производство жизненно необходимых лекарственных средств. Перечень таких лекарств состоит всего из 300—400 препаратов. Был он и в СССР. Сегодня ни одно из вновь образованных суверенных государств (СНГ) не имеет лекарств, входящих в этот перечень. Он пополняется лекарствами, произведенными в государствах, отношения с которыми не могут быть постоянно стабильными. Любое обострение международных отношений и прекращение поставок препаратов может повлечь за собой гибель людей и без применения военной силы. Трудно представить себе воюющую армию, в медицинском арсенале которой — лекарства, приобретенные у противника. Производство жизненно необходимых лекарственных средств должно стать делом государства, и предприятия, производящие такие лекарства, должны быть только государственными.

А что за лекарства входят в перечень?! Раскрученная пустышка «арбидол»... Смесь «нейротропных» витаминов из Германии по диким ценам (под коммерческим брендом «мильгамма»). Местный анестетик лидокаин в группе средств, «влияющих на сердечно-сосудистую систему» (что наводит исключительно на размышления об анафилактическом шоке, или кто-то в XXI веке еще верит в его «антиаритмические» качества?) Беспольный винпоцетин соседствует с жидкой свиной (пардон, «церебролизином»), с крайне сомнительной эффективностью и недоказанной безопасностью по переносу возбудителей прионовых болезней. Наследники БАДов «антипохмелин» и «янтартит» — «реамберин» и «Цитофлавин» — умудрились не только попасть в сферу гарантированных закупок, но, имея одинаковый основной метаболит, распределились в разные группы перечня. Я уж не говорю об убийственном чуде фарминдустрии «сурфактанте-БЛ», который оказался хуже плацебо... Ацетилсалициловая кислота в любом виде действует одинаково, однако разница в цене между нашим аспирином и немецким «аспирин-кардио» — 100 раз! Как сказал Джон Рид, «эти русские еще не имеют штанов, но уже заказали галстук».

Не имея штанов, заказываем галстук

Портал «Вечная молодость»
www.vechnayamolodost.ru (с сокращениями)



300% нет такого преступления, на которое он не рискнул бы, хотя бы под страхом виселицы» (Карл Маркс, «Капитал», том 1, с. 764)...

Так называемая профилактическая медицина — очень часто пустое и высокочатратное дело. Иногда это просто пиар-акции, иногда чей-то бизнес, очень часто — имитация буйной деятельности. Наиболее яркий пример — массовая диспансеризация. У нас в стране нет системы здравоохранения, поскольку ни автор обсуждаемой концепции, ни министр здравоохранения, ни участники дискуссии с февраля текущего года так и не сформулировали само понятие «здравоохранение». В их представлении здравоохранение — это ремонтная база для восстановления утраченного здоровья граждан России, приносящая прибыль предпринимателям от здравоохранения, не имеющим даже начального медицинского образования.

На заседании правительства Кудрина задали вопрос: дескать, согласен ли он с тем, что в здравоохранение идет мало денег? Кудрин ответил с достоинством министра финансов Великой Державы: «Согласен, очень мало, но нам, чтобы финансировать больше, нужны обоснования». В 2004 году бывший министр М.Зурабов озвучил лозунг: «Моя задача — сделать здравоохранение РФ локомотивом российской экономики» (то есть сделать здравоохранение зарабатывающей отраслью). Стало быть, отрасль для государства должна быть затратная. В противном случае, зачем нам вообще нужно государство, если оно дистанцируется от основной своей задачи — сбережения собственного народа? И кому достанется территория страны, ее недра, если сегодня на Западе все больше популярна теория о том, что когда на 1 кв. км территории приходится менее 5 человек, то она — ничья, она — достояние не отдельной страны, а «всего человечества»? По какому пути пойдет государство: по затратному, увеличивая долю национального продукта на душу населения? Или рыночному, опустошающему личный бюджет бедного человека, минимизируя качество его жизни и медицинской помощи и, как следствие, избавляя власть от собственного народа?

Прекратить закрытие ФАПов, родильных стационаров, участковых больниц. Разработать программу возрождения здравоохранения на селе! В марте 2007 года с трибуны Госдумы Михаил Зурабов заявил о том,

ИнтерНьюс

Вы не можете, а должны

Руководитель департамента здравоохранения Москвы А. Сельцовский просит горожан сообщать властям, если в поликлиниках города медицинское обследование отказываются проводить бесплатно. «Если с вас будут требовать деньги за диспансеризацию, включая сложные методы обследования, обратитесь к нам. Наш телефон работает круглосуточно: 251-83-00», — сказал Сельцовский на онлайн-конференции. Он отметил, что во всех государственных поликлиниках системы департамента здравоохранения деньги брать за обследование не разрешено. «Вы не можете, а должны ее (диспансеризацию) пройти. И мы создаем для этого все условия. И если вам будут показаны сложные методы обследования, их вам проведут бесплатно», — заверил глава департамента.

Источник: РИА «Новости»

Убийство в прямой трансляции

До трансляции программы по телевидению прошли длительные дебаты относительно этической подобности показа. 59-летний ученый Эверт, американский профессор, после ухода на пенсию переехавший в британский город Хэрроугейт графства Северный Йоркшир, страдал с апреля 2006 г. быстро прогрессирующим заболеванием моторных нейронов. Болезнь за несколько месяцев вызвала полный паралич туловища и конечностей, и пациент был переведен на ИВЛ. Не смирившись со своим положением, Эверт решил воспользоваться услугами швейцарской клиники Dignitas, которая предоставляет смертельно больным возможность совершить самоубийство. 26 сентября 2006 г. в присутствии своей жены Мэри он выпил смертельную дозу фенотарбитала и с помощью специального устройства зубами отключил аппарат ИВЛ, что привело к безболезненной смерти через 45 минут. В течение всего процесса приглашенная телевизионная бригада вела видеозапись. Перед тем как совершить самоубийство, Эверт произнес перед камерой речь, где сказал, что не хочет умирать, однако поскольку смерть все равно близка, он хочет избавить от мучений себя и свою семью. Запись самоубийства по желанию покойного, которое поддержала его жена, решила транслировать телекомпания Sky. В ответ на это представители надзорного органа Mediawatch-UK и другие организации заявили, что вопрос является острой политической проблемой, затрагивать которую пока не стоит, а также о том, что телевидение пытается использовать самоубийство человека для поднятия рейтинга. Супруга Эверта ответила, что ее муж настаивал на подобном показе, поскольку был преподавателем и хотел, чтобы даже его смерть снабдила людей полезной информацией. В итоге было принято решение провести запланированный показ, который и прошел.

Источник: gzt.ru

FDA отказалось признать пистолет для инвалидов медицинским прибором

Управление по контролю за продуктами и лекарствами США (FDA) отказалось внести в перечень медицинских приборов однозарядный пистолет Palm Pistol. Разработчики пистолета настаивали на такой регистрации своего продукта, поскольку он создавался специально для пожилых людей и инвалидов. Овальный корпус Palm Pistol полностью помещается в ладони, а функцию курка выполняет кнопка, на которую необходимо нажать большим пальцем. Такая конфигурация делает пистолет удобным для пожилых людей и пациентов с нарушениями двигательных функций. Как подчеркивают разработчики, старики и инвалиды нуждаются в специальных средствах самообороны, поскольку эти категории граждан являются легкой мишенью для преступников. Palm Pistol был внесен в список зарегистрированных FDA. После этого ряд американских изданий сообщили о том, что теперь огнестрельное оружие сможет попасть в список медицинских приборов и даже, возможно, будет покрываться медицинской страховкой. Несколько дней спустя регистрация Palm Pistol была аннулирована, после чего FDA официально известило производителя о том, что не намерено регистрировать пистолет в качестве прибора медицинского назначения. В свою очередь, изобретатель Palm Pistol Метью М. Кэрмел заявил журналистам, что, по его мнению, позиция надзорного ведомства обусловлена «политическим давлением». Кэрмел не исключил, что решение FDA будет оспорено в суде.

Источник: mta.ru

Задачи критиковать концепцию, предложенную Минздравсоцразвития в конце 2008 г., изначально не стояло. Но лишь взяв в руки новый текст (три предыдущие сильно отличались друг от друга, и по всеобщему мнению, в том числе — экспертов Общественной палаты, не выдерживали НИКАКОЙ критики), размещенный на официальном сайте, удержаться не смог. Стал общаться с товарищами, в результате получился вот такой совместный комментарий только по одному разделу — лекарственному обеспечению. Другие разделы — не лучше*, но места мало, ограничимся им одним.

Начнем с названия: «2.6. Лекарственное обеспечение граждан в амбулаторных условиях». Не может быть отдельного обеспечения лекарствами в амбулаторных условиях: процесс оказания помощи непрерывен, необходимо обеспечивать его преемственность на всех этапах оказания помощи, в том числе — в стационаре и его замещающих условиях. Правильно говорить о «Лекарственном обеспечении граждан».

Дальше утверждается, что «в настоящее время в Российской Федерации существует 3 модели обеспечения граждан лекарственными средствами». Нам известен и 4-й способ — и он наиболее распространен — закупки пациентами лекарств. Описывая государственное финансирование лекарств, авторы не разбираются в деталях созданной многослойной композиции: например, больные с 7 «дорогостоящими» заболеваниями получают лишь 17 препаратов в рамках этой «программы», остальные — в «ДЛО» или в «региональной льготе». Причем часть больных может не получать других препаратов, так как в 7 заболеваний они входят из-за наличия у них определенной болезни, а в «ДЛО» или «региональную льготу» могут не входить, не являясь «льготными категориями граждан». Изложенное в документе далеко от действительности.

Утверждается, что в ДЛО с 2005 г. осуществляются закупки лекарственных средств по процедурам закупок товаров, работ и услуг для государственных (муниципальных) нужд. Но этот порядок появился лишь в 2008 г., а до этого был абсолютно иной порядок. Дальше поправляются: с 2005 по 2007 г. закупки осуществлялись Федеральным фондом обязательного медицинского страхования (ФФОМС) за счет средств, передаваемых из федерального бюджета. Но и это неверно. Оплата за назначенные и выданные пациенту лекарства осуществлялась дистрибьюторам из фондов ОМС, но лекарства фондами не закупались. В том числе и потому, что эта деятельность не входит и никогда не входила в сферу компетенции фондов.

Вот превосходная находка авторов: «в 2006 г. произошел ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫЙ ОТКАЗ существенной части льготников от получения набора социальных услуг». Утверждается, что «в системе дополнительного лекарственного обеспечения остались только граждане, нуждающиеся в регулярном приеме лекарственных средств». Это — в лучшем случае заблуждение; большая часть тех, кто остался в ДЛО, не получает лекарств — не менее половины. Причины выхода из программы — совсем иные, многие больные с диабетом «покинули» ДЛО, так как античеловеческое исполнение программы, издевательства над больными (об этом не раз писалось в прессе) вызвали у пациентов отторжение такой «помощи».

Авторы считают, что в ДЛО «был существенно расширен список лекарственных средств». Здесь — ошибка. Перечень действительно расширился и сужался несколько раз. Многие препараты-пустышки, потреблявшие значительную часть ресурсов, под давлением общественности были переведены в статус препаратов, назначаемых комиссионно, что сократило их использование. Но в перечень так и не вошли многие (более сотни) препараты с доказанной жизненной необходимостью (онкологические, психотропные), несмотря на рекомендации Форумного комитета РАМН. И наоборот, предложения Форумного комитета по сокращению перечня на 25—30% (в 2006—2007 гг.) за счет исключения препаратов-пустышек не встретили поддержки Минздравсоцразвития.

«Фактические расходы составили 74,7 млрд. руб. при запланированных 34 млрд. руб.». Затраченные 75 млрд. руб. вместо 34 отражают только лишь факт ошибочного планирования, признанный Министерством. Крайне недостаточное финансирование в размере 34 млрд. руб. вызвало массовые протесты граждан. Откат от объема 75 млрд. руб. в последующие годы при инфляции выше 10% означает, что система финансируется крайне недостаточно.

Правда, авторы видят причину в другом: «в 2005 и 2006 годах не было единой автоматизированной системы учета назначения и выписки лекарственных средств, что явилось причиной низкого уровня контроля». Все было здорово, вот только автоматизация и не хватало. А сейчас у каждого врача-терапевта уже компьютер, интернет, вай-фай и т. д.

* Чего стоит только демографический раздел, см. Знает ли Минздравсоцразвития, где перед, а где зад? <http://demoscope.ru/weekly/2009/0359/lisa01.php>

ОБЩИЙ АНАЛИЗ

от П. Воробьева и В. Власова КОНЦЕПЦИЯ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ — ДВА ШАГА НАЗАД

Авторы концепции считают, что в 2007 г. численность граждан, оставивших право на ДЛО практически не изменилась. Так хотелось бы, но число выбывших из программы растет с каждым годом, возможно, не столь заметно, как в первый год, но сейчас из нее вышло до 3/4 граждан: в 2008 г., по сведениям Д. Михайловой, уменьшение составило еще 16%. Отчаялся народ получить нормальные, нужные ему лекарства, перестал ходить понапрасну.

В 2008 г. планируемые расходы на ДЛО составили 30,1 млрд. руб., что с поправкой на инфляцию 12% в год соответствует примерно 24 млрд. руб. 2005 г. Даже с учетом того,

что на закупку 17 дорогостоящих препаратов были выделены из бюджета отдельные средства в размере 33 млрд. руб., получается в сумме 57 млрд., т. е. меньше, чем в 2005 (75 млрд.). Доступность 17 препаратов в программе «7 нозологий» возросла кратно — в 10—20 раз, т. е. их потребляли в ДЛО немного, совсем не 50% от общего объема финансирования. Получается, что реального прироста финансирования ДЛО нет, а есть очевидное снижение.

«Существующая система льготного обеспечения граждан лекарственными

средствами в амбулаторных условиях...» — фраза-нонсенс: система отсутствует, а есть отдельные, не связанные друг с другом, имеющие совершенно разные механизмы реализации, исполнителей и целевую аудиторию мероприятия.

Авторы считают, что «система не позволяет эффективно планировать и контролировать уровень затрат», однако есть четкий механизм, позволяющий моделировать потребность в лекарствах на основании стандартов, показавший свою работоспособность при расчете затрат на ведение больных с 7 редкими заболеваниями. Еще цитата: «Подушевой норматив ДЛО не основан на анализе потребности, а сформирован исходя из установленной ежемесячной денежной выплаты». Это неверно. Установить потребность не представляется возможным, так как реальные потребности, скорее всего, в 6—10, а в некоторых случаях и в 1000 раз выше, чем сегодня потребляется. Подушевого норматива нет, есть только расчеты затрат на лекарства для 1 человека, включаемого в программу. Это взята за потолка цифра, причем, если бы эта цифра была равна тому, что возможно получить, то тогда это можно было назвать размером финансирования, и подгонять под него программу. Норматив был рассчитан несколькими группами экспертов с использованием в том числе клинко-экономического метода изучения реального мира (типичной практики). Расчет строился на данных 2002—2004 гг., простое экономическое моделирование показывает, насколько необходимо увеличить финансирование. Жаль, что этот вопрос не пришел никому в голову.

Авторы считают, что «основным сдерживающим механизмом является ограничительный перечень, однако его формирование не основано на анализе клинической и экономической эффективности». Перечень жизненно необходимых лекарств — единственный способ развивать программы лекарственного обеспечения в рамках бюджета — это путь, по которому идут все страны мира, и нигде это не является «сдерживающим механизмом». Более того, именно недостаточное использование этого механизма приводило к краху все попытки МЗиСР создать сбалансированную программу лекарственного обеспечения. В России уже более 10 лет существует система оценки и выбора лекарств на основании совокупной оценки клинической, экономической и гуманистической составляющей, реализованная Форумным комитетом РАМН. Технология принятия решений гармонизирована с международной практикой, оформлена многочисленными документами, публична. Однако последние годы она не востребована Минздравсоцразвития, перечни формируются ведомством келейно, без обсуждения с экспертами и вне понятных обществу процедур.

Это все была констатация фактов. Вот и предложения: «Одним из существенных направлений повышения доступности медицинской помощи является возможность удовлетворить потребности всех пациентов (включая социально незащищенных) в качественных лекарственных средствах в соответствии с терапевтическими показаниями». Лозунг броский, но не понятно, при чем тут терапевтические показания. Видимо — это перевод, для русского языка слово «терапевтический» является явно лишним. Да и речь не про качественные лекарства, а про необходимые лекарства. Чуть перепутали, качество лекарств — это контрольная функция при их производстве.

«Доступность лекарственных средств определяется наличием лекарственных средств на фармацевтическом рынке и экономической доступностью лекарственных средств, то есть ценовым регулированием и компенсацией затрат населения на лекарственные средства через систему обязательного медицинского страхования». Принципиальная ошибка — педализация термина «фармацевтический рынок». Система лекарственного обеспечения нигде в мире не является рынком, а государственно регулируемой системой. Впрочем, тут прорезается традиционная ошибка: успех программы объявляется в объемах освоенных средств, а потому — да здравствует рынок.

«Недостаточный уровень обеспечения качественной медицинской помощью и лекарственными средствами на фоне неконтролируемого отпуска рецептурных препаратов и

Начало на стр. 8

низкой культуры потребления лекарственных средств населением страны интенсифицируют так называемое самолечение граждан, приводящее к увеличению длительности временной нетрудоспособности, снижению производительности труда, а также сокращению продолжительности жизни населения». Опять лозунги, непонятно, в чем предложения? Заключение выглядит «общим местом» и не имеет доказательств. Самолечение — реальный механизм самообеспечения граждан всегда, и особенно — в ситуации труднодоступности услуг. Но оно должно быть регламентировано. В частности, надо ограничивать доступ к рецептурным лекарствам, и одновременно облегчать доступ к врачу, предоставляющему рецепт на бесплатные лекарства. И опять: где роль МЗиСР в регулировании торговли рецептурными средствами? Или — все в интересах оборотов рынка?

«Преодоление указанных тенденций возможно посредством внедрения программы всеобщего обязательного лекарственного страхования. Согласно закону, пациент должен в рамках ОМС получать необходимые ему лекарства. «Внедрение лекарственного страхования целесообразно на этапе лечения в амбулаторно-поликлинических учреждениях для всех граждан, за исключением пациентов, нуждающихся в дорогостоящей лекарственной терапии». Получается, что больные с редкими заболеваниями лекарства получать не будут? Ведь кроме 17 препаратов им еще необходимы и другие сотни наименований жизненно необходимых лекарств. Больного с гемофилией, пришедшего за фактором свертывания и антибиотиком для бронхита не должно волновать, по какой статье и из какой программы что идет.

А это уже интересно: «лекарственное страхование преимущественно ориентировано на сохранение здоровья населения, не утрачивая частично или полностью трудовую функцию, и преследует цель повышения доступности, качества и эффективности медицинской помощи». Первая часть фразы абсолютно непонятна: сохранение здоровья — это профилактика, а она в основном нелекарственная. И почему только люди, «не утратившие трудовую функцию» — а инвалидов лечить не надо? Неужели непонятно, что это не только требование Конституции, но вообще аморально в смысле оказания медицинской помощи делить людей на сорта?

Дальше — сплошные принципы. «Основными принципами программы лекарственного страхования, реализуемого через систему обязательного медицинского страхования (ОМС), являются: всеобщность — программа охватывает всех граждан ..., застрахованных в системе ОМС; обязательность — участие в программе носит обязательный характер, граждане ...не вправе отказаться от участия в ней». Тут уже можно окончательно запутаться — две системы страхования — одна внутри другой, причем внутренняя больше по размерам. В системе ОМС застрахованы в обязательном порядке ВСЕ граждане страны — так гласит закон! Станный принцип — обязательность. А если человек не хочет лечиться — заставим? Так, вероятно, хотят деньги гражданам не отдавать вместо лекарств. Увидев, что получилось с программой социальной помощи лекарствами, теперь хотят сделать ИНАЧЕ.

Слово «страхование» привлечено лишь потому, что хотят деньги через ОМС пускать. Иного смысла нет. Но раньше (до 2005 г.) инвалиды персонифицировано получали бесплатно лекарства, и никакое страхование для этого не было нужно.

Следующий принцип: «Целевая ориентация на сохранение здоровья трудового потенциала населения...: центральным элементом программы является обеспечение условий повышения качества медицинской помощи, оказываемой застрахованным по ОМС гражданам, не утратившим трудовую функцию, за счет повышения доступности современной высокоэффективной лекарственной терапии». Опять «граждане, не утратившие трудовую функцию». Инвалидов — усыплять, по немецкому опыту? Это важный мотив многих инициатив последних лет — заниматься только «трудоспособными».

Еще принцип: «Инкорпорирование программы лекарственного страхования в систему ОМС как одного из разделов государственного медицинского страхования и неотъемлемой части программы государственных гарантий». Вот и договорились — лекарства в систему ОМС, так для чего писать все выше?

«Принцип солидарного участия, основанный на софинансировании гражданами стоимости фактически отпущенных им лекарственных средств». Софинансирование в нашей стране в предлагаемом виде — преступление. Сегодня больные люди покупают лекарства, продавая квартиры, машины и т. д. — чтобы жить. Нет у людей денег, чтобы оплачивать лекарства, и это — главная проблема неэффективности всей системы медицинской помощи в стране. Максимум, на что готовы люди — 50 рублей в месяц. Но это не решает судьбы лекарственного обеспечения. Интересно, что МЗиСР упорно не желает даже думать о введении сооплаты за визит к врачу и госпитализацию, все идеи вертятся вокруг того, как оприходовать «фармацевтический рынок».

«Принцип отделения социальной составляющей, предполагающий обеспечение равных условий доступа к лекарственной помощи, оказываемой в рамках программы, вне зависимости от социального статуса застрахованного гражданина». Но ОМС и так подразумевает равную доступность к медицинской помощи всех граждан.

«Лекарственное обеспечение граждан... в амбулаторных условиях должно стать одной из государственных гарантий бесплатной медицинской помощи, определяемой стандартами оказания медицинской помощи и разработанным на их основе перечнем лекарственных средств, доступных застрахованным гражданам в рамках программы лекарственного страхования». Тут вроде все правильно, только есть одна неувязка: в концепции предполагается, что стандарты формируются на основе клинических рекомендаций, которые создаются профессиональными сообществами. Про процедуры выбора технологий (лекарств) и принятия решений — ни слова. А профессиональные ассоциации напишут рекомендации под диктовку фармацевтических компаний — процедур-то нет! Весь мир от этого уходит, создает специальные институты, процедуры по оценке технологий. Россия же предполагает использовать ассоциации, которые даже не смогли за 15 лет наладить сертификацию своих членов.

Продолжение на стр. 10

ИнтерНьюс

Нанопроверка на дорогах

Компания Royal Philips Electronics NV объявила о создании первого мобильного устройства карманного размера, использующего нанотехнологию для быстрого определения наличия различных биохимических веществ, в частности для распознавания наркотиков — марихуаны, кокаина и других в слюне или крови. Процедура измерения занимает всего 2 мин. Новый портативный прибор для определения биохимических веществ быстрее и легче в эксплуатации, чем другие приборы, рекламируемые до настоящего времени, которые используют принципы хроматографии. Чувствительность прибора находится на уровне пиколярных концентраций. Прибор использует магнитные наночастицы, предварительно введенные в зону зондирования, куда помещается образец (например, тампон со слюной). Наночастицы обволакивают молекулы наркотика в пробе. Электромагнит, расположенный в кассете, притягивает наночастицы вместе с молекулами образца на приемную площадку биосенсора, где действует поле 2-го электромагнита, удаляющего наночастицы. Определение вещества в пробе производится оптическими методами, основанными на полном внутреннем отражении. Технология, на которой основан прибор, получила название Magnotech technology. Она достаточно гибка и универсальна, поэтому в будущем, по мнению разработчиков, будет использована для множества медицинских тестов. Одним из применений, находящихся в клинической проверке, является определение уровня протеина, вырабатываемого поврежденной сердечной мышцей. Этот тест поможет установить наличие инфаркта. Датская компания заключила контракт с Британской фирмой Sopacateno PLC — крупнейшей в Европе компанией по тестированию наркотиков — на маркетинг нового продукта полицейским силам. Philips пока не разглашает ни стоимости нового прибора, ни оценок объемов продаж. Предполагается, что первые поставки покупателям начнутся в 2009 г. в Великобритании. Рынок представляется таким же большим как и для устройств дорожного тестирования на наличие алкоголя.

Источник: www.vechnayamolodost.ru

Конец родовым проклятьям

Жительница Лондона родила 1-го в Великобритании ребенка, которого на ранней стадии эмбрионального развития проверили на отсутствие генетического дефекта, значительно повышающего риск рака груди. Эмбрион получен при искусственном оплодотворении и изучен перед тем, как поместить его в организм матери. Поводом для исследования стало то, что у 3 поколений ближайших родственников будущего отца рак груди был обнаружен в возрасте от 20 до 30 лет. Это значит, что риск развития заболевания у ребенка, зачатого естественным путем, составляет от 50 до 80%. Генетическим носителем столь высокой предрасположенности к опухоли грудной железы является поврежденный вариант гена BRCA1, который можно обнаружить при исследовании эмбриональной ДНК. Подобная диагностика в принципе не нова и используется достаточно широко для обнаружения генетических дефектов, обязательно приводящих к развитию заболевания, такого как, например, муковисцидоз. Однако британское Агентство по вопросам искусственного оплодотворения и эмбриологии (HFEA) лишь в 2006 г. разрешило проводить исследование эмбрионов на наличие гена, лишь предрасполагающего к развитию одного конкретного заболевания — рака груди. Супруги, которые пожелали сохранить свои имена в тайне, стали первой британской парой, у которой для вынашивания был отобран эмбрион, лишенный этого генетического дефекта. Таким образом, последующие поколения их семьи избавятся от предрасположенности к наследственно обусловленной опухоли. Лечащий врач супругов П. Сирал из больницы Университетского колледжа Лондона назвал это событие началом новой эры, когда с помощью подобного скрининга семьи будут избавляться от дефектных генов. Он также добавил, что в данном случае нет гарантии, что вновь рожденный человек не заболит раком груди, поскольку это заболевание может развиваться и без наследственной предрасположенности, однако риск такого развития событий значительно снизится.

Источник: MedPortal

Уважаемые господа!

В 2008 году издательство «Ньюдиамед» начало выпуск нового журнала

ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА И КЛИНИЧЕСКАЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

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

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

Подписаться на наш журнал вы можете:

1. Через агентство РОСПЕЧАТЬ, каталог «ГАЗЕТЫ И ЖУРНАЛЫ» Индекс журнала — 19413.
 2. Через редакцию журнала, заполнив бланк-заказ и оплатив указанную сумму (журнал высылается по Вашему адресу в конверте).
- Бланк-заказ на подписку журнала на 2009 год в редакции (журнал высылается по Вашему адресу в конверте).
Ваш адрес просим указывать ПЕЧАТНЫМИ буквами.

Ф.И.О. подписчика	Почтовый адрес доставки (индекс обязательно)	1 полугодие		2 полугодие	
		Номера журнала			
		1	2	3	4
		Цена одного номера в руб.			
		600	600	600	600
		ИТОГО (впишите сумму):			
НАШИ РЕКВИЗИТЫ: Банк получатель: АКБ «Стратегия» (ОАО), ИНН 770 224 522 0, БИК 044 579 505, КПП 770 201 001, К/с 301 018 100 000 000 005 05, Р/с 407 028 105 000 000 004 85.					

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

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

ИнтерНьюс

Дело врачей в Евросоюзе

Согласно опубликованным данным комиссии Евросоюза, в 2008 г. только в больницах вследствие медицинской ошибки пострадало 15 миллионов человек. Комиссар ЕС по вопросам здравоохранения А. Василиу собирает планы для расширения прав пациентов. Медицинские ошибки возникали примерно в 10% случаев при обращении за врачебной помощью, сказала комиссар. «Врачебные ошибки — это настоящий вызов для европейской системы здравоохранения». Г-жа Василиу требует от государств-участников Союза улучшения медицинского обслуживания и прав пациентов. «Мы ожидаем, что государства-участники примут во внимание ряд рекомендаций для улучшения безопасности пациентов», — сказала Василиу. — К ним, в частности, относятся упрощение подачи жалобы пациентами в случае медицинских ошибок и возмещение ущерба».

Источник: портал «Вечная молодость» www.vechnayamolodost.ru

Папусам не до прав человека?

Индонезийские власти намерены принять закон о вживлении микрочипов некоторым категориям ВИЧ-инфицированных жителей провинции Папуа. Чиновники собираются отслеживать перемещение инфицированных лиц, чтобы снизить вероятность распространения инфекции. В соответствии с проектом постановления, микрочипы будут в принудительном порядке вживляться пациентам, отличающимся «активным сексуальным поведением». По словам представителя законодательного собрания Папуа Дж. Мананганга, сигнал микрочипов позволит органам надзора отслеживать возможных сексуальных партнеров этих людей. Организации пациентов с ВИЧ обвиняют разработчиков законопроекта в нарушении человеческих прав. Уровень ВИЧ-инфекции в Папуа превышает этот показатель в целом по Индонезии приблизительно в 20 раз. Инфекция распространяется преимущественно половым путем. Среди способствующих росту заболеваемости ВИЧ/СПИДом факторов — устойчивые традиции промискуитета в ряде местных племен и низкий уровень знаний населения о путях распространения и методах профилактики инфекции.

Источник: medportal.ru

С мафией бороться трудно

Глава Роспотребнадзора Геннадий Онищенко: «Законопроект «О техническом регламенте» по табаку, принятый Госдумой во втором чтении, — это компромисс между медиками, которые хотят сделать Россию цивилизованной страной с точки зрения нормативной базы, и распоясавшейся международной табачной мафией». Онищенко напомнил, что законодательство, как североамериканское, так и европейское, очень жесткое в отношении регламента и изделия. «А у нас они производят баснословное количество сигарет — 400 млрд. штук». «В законопроекте записана цивилизованная норма по содержанию смолы и никотина, но избран переходный период на 5 лет, то есть Россия станет цивилизованной страной только через 5 лет», — считает глава Роспотребнадзора. Этот срок излишне долг. «Обещаю вам, что мы сделаем все, чтобы сократить этот срок», — заявил глава ведомства. Вторым важным пунктом Онищенко считает ситуацию с надписями «легкие» и «суперлегкие» сигареты. Такие надписи останутся на сигаретах, «но таким же шрифтом будет написано, что это не значит, что они менее вредные», — сказал Геннадий Онищенко. Третьим пунктом является перечень предупреждающих надписей на табачной этикетке. По мнению Геннадия Онищенко, предложенные законопроектом надписи «никого не пугают». В качестве примера он привел такие неудачные предупреждения, как «Курение влияет на старение кожи» или «Оберегайте детей от курения». Подобные надписи вызывают скептическое отношение. «Что касается старения кожи, — считает он, — то мужиков это мало волнует, а курят в большинстве случаев у нас мужчины». По его словам, медикам удалось добиться только того, чтобы законопроект предусмотрел возможность «органа государства менять эти записи, если они не действуют». Комментируя законопроект в целом, глава Роспотребнадзора отметил, что это только второе чтение, «еще не было третьего чтения, и не высказал свое мнение президент страны».

Источник: АМИ-ТАСС

Начало на стр. 8, 9

«Внедрение механизмов вневедомственного и внутриведомственного контроля качества лекарственной помощи гражданам направлено на стимулирование эффективности использования ресурсов и развитие рынка страховых услуг для лекарственного обеспечения всех слоев населения..., повышение ответственности и прозрачности расходования денежных средств. При этом процедуры государственных закупок лекарственных средств предлагается заменить возмещением стоимости лекарственных средств, отпущенных гражданам в аптечных учреждениях по назначению врача». Такой механизм и был реализован на первом этапе ДЛО, но был потом заменен методом госзакупок. Никто не оценил эффективность ни одного, ни другого вида финансирования. А контроль качества — это мотив начала 90-х годов, уже давно следует говорить об обеспечении качества.

«Необходимо расширение ответственности за необоснованное назначение лекарственных средств за счет введения принципа солидарной ответственности врача и соответствующего лечебно-профилактического учреждения». Врач и так уже виноват во всех грехах системы здравоохранения. Что за солидарная ответственность? И что такое необоснованное назначение лекарств?



З.С. Баркаган, А.П. Момот

ДИАГНОСТИКА И КОНТРОЛИРУЕМАЯ ТЕРАПИЯ НАРУШЕНИЙ ГЕМОСТАЗА

Издание 3-е

Издательство «НьюДиамед»

2008 г.

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

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

Заявки на приобретение можно направлять по адресу:

115446, Москва, Коломенский пр., д. 4, а/я 2, ООО «МТП НЬЮДИАМЕД»

Тел/факс (499) 782-31-09

E-mail: mtpndm@dol.ru

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

Поздравляет!



27 января 2009 года исполнилось 80 лет выдающемуся офтальмологу нашей страны, активному участнику международной программы в борьбе со слепотой, заслуженному деятелю науки РФ, заслуженному врачу РФ, руководителю отдела инфекционных и аллергических заболеваний глаз Московского НИИ глазных болезней им. Гельмгольца, руководителю Сотрудничающего центра ВОЗ, профессору Юрию Федоровичу Майчуку.

С 1955 года активно участвует в научной и организационной работе по борьбе с трахомой и другими инфекциями глаз в Чувашии и в республиках Средней Азии — Туркменистане, Узбекистане, Таджикистане.

Этот путь на многие годы связал Ю.Ф. Майчука с международной работой во Всемирной организации здравоохра-

нения, сначала руководителем поисковой программы ВОЗ в борьбе с глазными инфекциями в Судане, а затем руководителем регионального отдела по борьбе с глазными инфекциями в странах Северной Африки и Ближнего Востока, далее, советником в отделе профилактики слепоты в Секретариате ВОЗ в Женеве.

В 1971—1974 годы Ю.Ф. Майчук активно участвовал в исследовании и организации массового лечения в период первой пандемии острого геморрагического конъюнктивита в странах Африки, Ближнего Востока и вспышке этого драматического заболевания в Москве.

Богатый опыт по борьбе с трахомой на территории нашей страны и в регионах Северной Африки, Ближнего Востока, Азии был обобщен в монографии «Treatment of Trachoma and Paratrachoma», изданной в Париже (1993), а ее автор, Ю.Ф. Майчук, был награжден «Золотой медалью по трахоме».

С 1965 года Ю.Ф. Майчук — руководитель отдела инфекционных и аллергических заболеваний глаз МНИИ ГБ им. Гельмгольца.

Ю.Ф. Майчук соавтор 38 патентов и свидетельств на изобретения и 8 зарубежных патентов.

По инициативе Ю.Ф. Майчука в 1970 году был открыт первый в нашей стране глазной аллергологический кабинет.

В 1967 году защитил докторскую диссертацию, в 1971 году был утвержден в звании профессора. Ю.Ф. Майчук — автор более 700 научных публикаций, из них 130 в зарубежной печати.

Ю.Ф. Майчук — автор 8 монографий по клиническим аспектам. Среди них серия — «Вирусные заболевания глаз», «Аллергические заболевания глаз», «Паразитарные заболевания глаз». Три монографии изданы за рубежом. Ю.Ф. Майчук участвовал в подготовке 14 руководств, в выпуске 66 методических рекомендаций, пособий для врачей, медицинских технологий, подготовил 24 рабочих документа ВОЗ (отчеты, аналитические обзоры, руководства).

Усилиями Ю.Ф. Майчука наша страна участвует в международной программе ВОЗ «Ликвидация устранимой слепоты», создан «Российский национальный комитет по профилактике слепоты», который уже организовал 4 межрегиональных симпозиума по профилактике слепоты в Уфе, Самаре, Чебоксарах, Ярославле.

Программа заседаний МГНОТ на февраль—март 2009 г.

Пленарные заседания: Анатомический корпус ММА им. И.М. Сеченова, Моховая, 11	
Дата, автор	Тема, аннотация
11 февраля 2009 года, среда в 16.30	Заседание Правления и Ревизионной комиссии. Отчет за 2 года председателей секций: клинической геронтологии и гериатрии, ангиологии, кардиологии, «Человек и инфекция», клинической фармакологии, лечебного питания.
11 февраля 2009 года, среда в 17.00 Проф. М.Г. Глезер (ММА им. И.М.Сеченова)	Современные принципы лечения сердечной недостаточности. В докладе будут рассмотрены основные подходы немедикаментозного и медикаментозного лечения больных с сердечной недостаточностью в свете Российских рекомендаций 2008 г. Особенности в специальных группах пациентов.
25 февраля 2009 года, среда в 17.00 Академик РАМН В.А. Насонова (ГУ Институт ревматологии РАМН)	Коморбидность при остеоартрозе — общетерапевтические проблемы. Остеоартроз (ОА) относится к наиболее распространенным заболеваниям — согласно официальной статистике в 2006г. было зарегистрировано более 3 млн. обращений в лечебно-профилактические учреждения страны. Обращает на себя внимание достаточно частое сочетание ОА с другими терапевтическими болезнями: ожирением почти у 25% больных, артериальной гипертензией (~45%) и стенокардией (80%), целым рядом желудочно-кишечных болезней (более половины больных ОА). Ряд авторов отмечают, что у больного ОА при тщательном обследовании обнаруживают не менее 5—6 других патологий. Все изложенное придает ОА междисциплинарное значение. При этом обращает на себя внимание необходимость тщательного контроля за переносимостью назначаемых лекарственных препаратов, как симптоматических (НПВП), так и патогенетических. Т. о. в начале XXI века ОА по существу приобрел значение одной из важнейших междисциплинарных проблем, терапевтического плана в первую очередь.
11 марта 2009 года, среда в 16.30	Заседание Правления и Ревизионной комиссии. Отчет за 2 года председателей секций: неотложной терапии; гастроэнтерологии, проктологии и эндоскопии; пульмонологии; ревматологии; электрокардиографии и других инструментальных методов исследования сердечно-сосудистой системы; профилактической медицины и профессиональных болезней; нефрологии и иммунопатологии; теории и истории медицины; гематологии и переливания крови.
11 марта 2009 года, среда в 17.00 Член-корр. РАМН С.В. Готье, д.м.н. О.М. Цирульников, проф. Я.Г. Мойсюк, к.м.н. А.А. Аммосов (НИИ трансплантологии и искусственных органов Минздрава России)	Трансплантация печени: показания и результаты. В докладе будут приведены современные научные и практические данные, касающиеся вопросов трансплантации печени как способа лечения терминальных стадий заболеваний этого органа. Будут рассмотрены различные аспекты показаний, противопоказаний, виды трансплантации печени и принципы медикаментозной иммуносупрессии в посттрансплантационном периоде. Будет представлен уникальный для России опыт пересадки печени, накопленный с 1990 года, и анализ результатов выполненных операций.
25 марта 2009 года, среда в 17.00 1. Проф. Н.А. Томилина, к.м.н. А.М. Андрусев, к.м.н. И.Г. Ким, к.м.н. Б.Т. Бикбов, Н.Г. Перегудова (НИИ трансплантологии и искусственных органов Минздрава России) 2. К.м.н. Д.А. Жидкова, к.м.н. И.Г. Ким (НИИ трансплантологии и искусственных органов Минздрава России)	1. Эффективность диализа и трансплантации почки как методов лечения терминальной почечной недостаточности. В докладе анализируется опыт работы Службы заместительной почечной терапии г. Москвы по материалам наблюдений 1600 больных, лечившихся гемодиализом, 365 больных, получавших постоянный амбулаторный перитонеальный диализ и 2100 трансплантаций почки, выполненных за последние 20 лет. Приводятся данные о выживаемости больных в течение 5—10-летнего периода применения каждого из видов заместительного лечения, а также почечных трансплантатов. Демонстрируются очевидные преимущества трансплантации почки по сравнению с применением диализа. 2. Клиническая демонстрация: успешная трансплантация почки у больных со сложной кардиоваскулярной патологией.
Секционные заседания	
Секция клинической фармакологии в конференц-зале ГКБ № 59 (ул. Достоевского, д. 31/33, корпус «А», 7 этаж)	
18 февраля 2009 года, среда в 16.00 Проф. О.М. Драпкина	Нефропротекция у больных с артериальной гипертензией.
18 марта 2009 года, среда в 16.00 1. К.м.н. Т.В. Рошина	Новые подходы к лечению бронхиальной астмы.
Секция клинической геронтологии и гериатрии в конференц-зале МГКБ № 60 (шоссе Энтузиастов, 84/1, корпус 1, 2 этаж)	
19 февраля 2009 года, четверг в 15.00 А.Г. Рехтина	Динамика микроциркуляторных показателей под влиянием изменений гелиомагнитной обстановки у пожилых.
19 марта 2009 года, четверг в 15.00 Доцент М.Н. Палкин, к.м.н. И.Х. Олевский	Актуальные вопросы суправентрикулярных тахикардий в пожилом возрасте.
Секция неотложной терапии в большом конференц-зале клиничко-хирургического корпуса НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского (Сухаревская пл., 3, вход с Грохольского пер.)	
24 февраля 2009 года, вторник в 16.00 1. К.м.н. И.В. Захаров, Г.П. Преловская, И.С. Бабаян, С.Д. Климовский Сопредседатели: академик РАМН А.П. Голиков, проф. Г.А. Газарян	1. Лечебная эффективность ранних чрескожных вмешательств у больных с острым коронарным синдромом, без элевации интервала сегмента ST. 2. Дискуссия.
17 марта 2009 года, вторник в 16.00 1. проф. Т.Г. Троянова, проф. П.П. Огурцов, И.В. Гармаш, Н.В. Мазур	1. Острый алкогольный гепатит. Неотложная помощь. 2. Дискуссия.
Секция ревматологии в помещении конференц-зала Института ревматологии РАМН (Каширское шоссе, 34)	
3 февраля 2009 года, вторник в 16.00 1. Проф. С.К. Соловьев 2. А.В. Торгашина.	1. Анти-В-клеточная терапия аутоиммунных ревматических заболеваний. 2. Эффективность ритуксимаба у больных системной красной волчанкой (собственное наблюдение).
3 марта 2009 года, вторник в 16.00 1. К.м.н. Б.В. Митриков, к.м.н. О.А. Логвиненко, к.м.н. Н.В. Кокосадзе, проф. Н.А. Пробатова, к.м.н. Е.Ю. Варламова 2. С.Х. Седышев, проф. В.И. Васильев, проф. С.Г. Роденска-Лоповок, к.м.н. И.В. Гайдук, проф. Н.А. Пробатова	1. Ранняя диагностика лимфопролиферативных заболеваний при болезни Шегрена. 2. Новые подходы к диагностике генерализованных форм саркоидоза.
7 апреля 2009 года, вторник в 16.00 1. Д.м.н. Р.Т. Алекперов, к.б.н. Е.Г. Любимова 2. Проф. Л.П. Ананьева, Л.В. Теплова, к.м.н. О.А. Конева, к.м.н. Т.А. Невская, к.м.н. В.Н. Лесняк 3. Л.В. Теплова, к.м.н. А.В. Волков, проф. Э.С. Мач	«Новое в диагностике и лечении системной склеродермии». 1. Алгоритм диагностики и лечения синдрома Рейно. 2. Диагностика и лечение поражений легких при системной склеродермии. 3. Роль функциональных легочных тестов в оценке поражений легких при системной склеродермии.
Секция электрокардиографии и других инструментальных методов исследования сердечно-сосудистой системы в аудитории 1-й кафедры терапии РМАПО (больница им. С.П. Боткина, 20 корпус, 1 этаж, проезд до ст. метро «Беговая», «Динамо»)	
17 февраля 2009 года, вторник в 17.00 Проф. В.Е. Дворников	Показатели вариабельности сердечного ритма и центральной гемодинамики у больных артериальной гипертензией.
17 марта 2009 года, вторник в 17.00 А.М. Савенкова, доцент М.Н. Палкин	Актуальные вопросы синкопальных состояний в клинической практике.
Секция нефрологии и иммунопатологии. в клинике нефрологии, внутренних и профессиональных болезней им. Е.М. Тареева ММА им. И.М. Сеченова (ул. Рассолимо, 11-а)	
19 февраля 2009 года, четверг в 16.30 Проф. В.В. Борисов (ММА им. И.М. Сеченова)	Опухоли почки — клинические наблюдения и комментарии.
19 марта 2009 года, четверг в 16.30 1. Л.А. Боброва, Т.В. Кирсанова. 2. проф. Н.Л. Козловская, доцент Н.Б. Горбовская	1. Клиническое наблюдение «Нефрологические аспекты при эклампсии». 2. Комментарии

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

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

Правление МГНОТ

Сопредседатели секции:

- **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»

АНТИРЕКЛАМА

Карельских медработников, торговавших ядовитым препаратом Витурид, приговорили к штрафу

Препарат «Витурид» в котором была намешана ртуть давно признан токсичным и запрещен к применению. Однако авторы препарата продолжают его впахивать населению страны различными способами. Суд Петрозаводска вынес приговор по делу о распространении препарата «Витурид». Как сообщили в 01.11.2008 «Интерфаксу» в прокуратуре Петрозаводска, руководителя фирмы, торговавшей препаратом, суд оправдал, а двое его подчиненных признаны виновными в незаконном обороте ядовитых веществ (статья 234 УК РФ). Суд приговорил каждого из них к штрафу по 40 тысяч рублей. Сторона обвинения не удовлетворена мягкостью приговора и собирается обжаловать его в Верховном суде Карелии. Обстоятельства дела неизвестны, но наконец прокуратура начала очищать аптечные прилавки от этого ядовитого препарата.

Источник: INTERFAX.RU

КАРДИОЛОГИЧЕСКАЯ СЕКЦИЯ

Приглашение

«Синкопе. Что за этим стоит?»

26 февраля 2009 года
Начало в 17.00
Вход по приглашениям

АНГИОЛОГИЧЕСКАЯ СЕКЦИЯ

ЧЕЛОВЕКИ И ИНФЕКЦИЯ

Приглашение

«Антибиотики современных поколений в клинической практике»

17 февраля 2009 года
Начало в 17.00
Вход по приглашениям

ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКАЯ СЕКЦИЯ

БЕСТСЕЛЛЕР

учебно-методической литературы!

«ЛАБОРАТОРНАЯ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА. СПУТНИК ИНТЕРНИСТА»

Под ред. профессора П.А. Воробьева
Издательство «НьюДиамед»

В краткой, но точной форме содержит показатели нормы и трактовку результатов:

- общеклинических и биохимических исследований крови,
- мочи, системы гемостаза, других биологических жидкостей,
- ЭКГ, ФВД, тестов функциональной диагностики, ультразвуковых исследований внутренних органов и др. Всего 8000 параметров.

Разнообразный перечень критериев и признаков заболеваний.

Для каждого исследования написаны пределы нормальных значений, возможные отклонения от нормы и трактовка этих отклонений.

Книга — Ваш верный помощник в любой ситуации по выбору правильного диагноза.

Оргкомитет премии имени профессора Дмитрия Дмитриевича Плетнева Московского городского научного общества терапевтов.

объявляет за 2008 год конкурс

на соискание Премии имени Д.Д. Плетнева за выдающийся вклад в развитие отечественной терапевтической школы, признанные достижения в профессиональной деятельности. В конкурсе могут принимать участие российские и зарубежные врачи.

Соискатель премии может выдвигаться как самостоятельно, так и третьими лицами (организациями, физическими лицами). Выдвижение кандидатов на соискание Премии производится в соответствии с Положением, опубликованном в Вестнике МГНОТ № 64 (2007 год) и на сайте www.zdrav.net.

Документы, необходимые кандидату для участия в конкурсе:

1. Заполненная и подписанная анкета от заявителя с указанием сведений о номинанте:
 - полностью фамилия, имя и отчество;
 - число, месяц и год рождения;
 - место работы с указанием адреса учреждения, телефона, электронной почты;
 - занимаемая должность;
 - стаж работы;
 - ученая степень;
 - ученое звание и даты их присуждения;
 - домашний адрес и телефон;
 - паспортные данные;
 - ИНН;
 - номер пенсионного свидетельства.

2. Обоснование участия в конкурсе в произвольной форме.
3. Представление иных документов возможно, но не требуется.

Дата окончания подачи документов на участие в конкурсе — 1 марта 2009 года.

Документы по выдвижению номинантов передаются в письменной форме по адресу Оргкомитета премии: 115446 Москва, Коломенский пр-д, д.4, ГКБ № 7, терапевтический корпус, кафедра гематологии и гериатрии. Желательно продублировать анкету по факсу: 8(499)-782-31-09 или по электронной почте mtpndm@dol.ru. Дата отправки корреспонденции не позднее 1 марта 2009 года.

Общий список кандидатов, представленных на соискание премии, будет опубликован в газете «Вестник МГНОТ».

Жюри премии предстоит рассмотреть список соискателей и принять решение о присуждении премии одному из номинантов. Основным критерием оценки является общепризнанный вклад в развитие отечественной терапевтической школы.

Состав жюри утвержден на заседании Правления МГНОТ 24 декабря 2008 года по итогам голосования членов Правления МГНОТ:

1. Академик РАМН, профессор Мухин Николай Алексеевич (73% голосов)
2. Член-корреспондент РАМН, профессор Гогин Евгений Евгеньевич (69%)
3. Член-корреспондент РАМН, профессор Маколкин Владимир Иванович (69%)
4. Д.м.н., профессор Лазебник Леонид Борисович (50%)
5. Член-корреспондент РАМН, профессор Симоненко Владимир Борисович (46%)

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

БРЮЗЖАНИЕ АСПИРИНЫЧА

Кому выгодна программа государственного финансирования пенсии, пенсионеру или государству? Посчитаем плюсы и минусы. Предположим, вам 50 лет, за 10 лет вы перечислили в пенсионный фонд максимальную сумму — 120000 руб., по 12000 ежегодно. Ваш капитал к 60 годам по госпрограмме удвоился и стал 240000. Выплачивать эти деньги Вам будут в течение последующих 19 лет жизни, или 228 месяцев — расчетная продолжительность жизни после выхода на пенсию, профессиональный термин — срок дожития. Разделим 240 тысяч на 228 месяцев, получается, ежемесячно будут возвращать по 1052 рубля.

«Чистый» ежемесячный доход на 1000 наших вложенных рублей будет 52 рубля, т. е. то же самое, если бы Вы положили свои деньги в банк с доходностью 5,2% годовых. Прямо сказать — не густо.

Государству выгодно. Фактически государство предлагает населению дофинансировать недостаток средств Пенсионного фонда личными сбережениями, размещая их под 5,2% годовых. По правде сказать, есть еще плюс — сумма увеличивается на процент, который добавит сам пенсионный фонд от размещения этих средств. За 2007 г. этот процент посмотрите в своих «письмах счастья» из пенсионного фонда. Какой будет процент в следующих годах, никому не известно. Исчисление этих «копеек» ровным счетом для будущих пенсионеров не имеет никакого значения, когда в средствах массовой информации не говорят, и в правительстве тоже мол-

чат — о самом главном. Молчат о главной государственной угрозе. О чем? О том, как растут цены на услуги монополий. Посмотрим, что было у нас 10 лет назад — в 1998 г. и что стало в 2008.

Теперь, при таких темпах монополистического грабежа, представьте себе, что будет с этими ценами еще через 10 лет. Умножьте соответственно на 10, 11, 20 приведенные выше цены 2008 г. Как Вы представляете себе: квартплату — 59181 руб., бензин — 250 руб. за литр, электроэнергия — 19 руб., телефон — 3324 руб. И на этом фоне прибавка к Вашей пенсии ежемесячно — 1052 рубля. Сегодня базовый размер пенсии 1794 рубля, а размер пенсии, кото-

Заплатим себе пенсию

Моя философия не дала мне совершенно никаких доходов, но зато избавила меня от очень многих трат.
(Артур Шопенгауэр).

рую получает большинство наших пенсионеров — 2500—4000 рублей в месяц. Маловероятно, что за 10 лет пенсии увеличатся в 20 или пусть даже в 10 раз. Таких цен не выдержат ни пенсионеры, ни работающие, ни бюджет государства. А другой программы «развития», как только повышения цен на энергоносители, сегодня нет. Что делать другое, «у руля» не знают. Естественно всего этого не будет, потому, что не будет одного из двух: или пенсионеров, или государственно-монополистического капитализма. ...Или ишак сдохнет, или султан... К. Маркс называл госмонкапитализм последней формой «развитого» капитализма. Но и без того очевидно, что времени ему отпущено столько, на сколько хватит накопленных от нефти резервных средств. Чтобы Россия и ее население были живы и здоровы на долгие годы, необходимо, чтобы во власти, в правительстве, в Думе, были люди, думающие не о себе, но о народе. «Можно все время дурачить некоторых, можно некоторое время дурачить всех, но нельзя все время дурачить всех» (Авраам Линкольн, 16-й президент США).

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

	1998 г.	2008 г.	Увеличение	Средний % роста
Бензин А-92 за 1 литр	2 руб.	22,40 руб.	в 11,2 раза	27,5% в год
Квартплата	138 руб.	2859 руб.	в 20,7 раз	35,5% в год
Электроэнергия за 1 кВт.	0,18 руб.	1,85 руб.	в 10,3 раза	26,5% в год
Плата за телефон	28 руб.	305 руб.	в 10,9 раза	27,0% в год

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., Божарев И.Н., Бурцев В.И., Васильева Е.Ю., Галин В.А., Глезер М.Г., Гогин Е.Е., Голиков А.П., Губина 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., Калев А.В., Кложев В.М., Комаров Ф.И., Лазебник Л.Б., Лысенко Л.В., Маколкин В.И., Мартынов И.В., Михайлов А.А., Моисеев В.С., Мухин Н.А., Насонов Е.Л., Насонова В.А., Ноников В.Е., Палева Н.Р., Пальцев М.А., Парфенов В.А., Пожева 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 **д**