



ВЕСТНИК МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО

МОСКОВСКИЙ ДОКТОР

Сентябрь 2006

№ 18 (35)

НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ

— Валентина Александровна, расскажите, пожалуйста, как Вы пришли в медицину?

— Мама у меня была фельдшером, но фельдшером она не работала, а вот три ее сестры были врачами. В семье все разговоры всегда были только медицинские: тетя Катя в Запорожье была окулистом, тетя Софья в Днепрпетровске — ортопедом-хирургом, тетя Тося — акушером-гинекологом. Мы, детьми невольно слышали все эти разговоры. В мединститут я поступила в 1940 году. Началась война, пришлось эвакуироваться. Мои тетки-врачи все были призваны в армию, а у них была куча детей. И вот моя мама, моя бабушка и я с этими детьми эвакуировались сначала в Пермь. В Перми оказалось, что я опоздала, там уже по программе в местном институте далеко ушли. Мне сказали, что нужно ехать в Челябинск, что туда переезжает Киевский мединститут, и они должны набирать на все курсы. Таким образом, я попала в Челябинске в Киевский мединститут.

Я сейчас нахожусь в состоянии какого-то изумления. Дело в том, что в конце прошлого года в течение 10 дней у меня было 4 командировки. Первая — в Ярославль, и оказалось, что их институту 60 лет, что туда был эвакуирован Минский медицинский, в 44 году Минский вернулся в Минск, но работавший институт преобразовался в Ярославский. Дальше я еду поздравлять с 60-летием Кишиневский мединститут, оказывается он организован на базе двух эвакуированных Санкт-Петербургских. Следом я еду на Украинский конгресс ревматологов в Киев, судьбу которого я знаю. Поразительно, но эти институты назад вернулись, оставив после себя 4 новых, которые активно проработали 60 лет.

Вот сейчас столько разговоров о разрушении РАМН. А ведь РАМН была создана по инициативе Сталина в ознаменование того, что до 96% раненых советские медики вернули в строй. Сталин осознавал, что врачи были высочайшей квалификации и после окончания войны медицина должна развиваться, а для этого нужна структура, подобная РАМН. Все эти факты в купе произвели на меня ошеломляющее впечатление. Что в 2006-м тяжелее, чем было в 44-м?

Мне кажется, что наш Министр рассматривает здравоохранение как чисто коммерческое мероприятие. Да, в США многое платное, но Норвегия и Швеция пошли по социалистической системе здравоохранения, и к профилактическому здравоохранению «по Семашко» до сих пор стремятся во всем мире. Я не понимаю, неужели старики и старухи, проработавшие всю жизнь, не заработали себе на полноценное лечение.

Так вот, в Москву я приехала в 1944 году, продолжила учебу на 4-м курсе. Моя судьба решилась случайно и мне кажется,

что по жизни меня кто-то «водит», причем очень доброжелательно, что кто-то все-таки покровительствует в нашей непростой жизни.

— Николай Алексеевич Мухин очень похожую мысль высказал, по поводу помощи свыше.

— Да, и слава Богу, руководить клиникой после Евгения Михайловича Тареева не так просто. Евгений Михайлович был очень своеобразным человеком. Я счастлива, что в его клинике с 4-го курса: сначала в студенческом кружке, а с 1946 года — в ординатуре, а затем ассистентом.

— А почему именно ревматологию выбрали?

— После войны было очень много системных васкулитов, и Евгений Михайлович поручил мне заняться этой проблемой. Он очень любил казуистику, сложные системные заболевания. Однажды, уже в 70-е годы, меня вызывает директор Дома Ученых и говорит: «Валентина Александровна, к сожалению, мы остались без председателя комиссии по выписке зарубежной литературы». Тогда на академиков давали по 500 долларов в год, а на член-коргов по 250. И я стала просматривать списки выписываемых журналов. И вдруг вижу, что Евгений Михайлович был единственным, кто с 1946 г., то есть с момента учреждения подписки, выписывал Ланцет.

ПРЯМАЯ РЕЧЬ

Тогда я поняла, почему он все знал. Оказалось после войны очень много больных с болезнью Шенлейна-Геноха — геморрагическим васкулитом, что и стало темой моей кандидатской диссертации. Так я и «влезла» в эти самые васкулиты и системные болезни вообще.

Когда я стала директором Института ревматологии АМН СССР, обратила внимание, что идет большая гипердиагностика ревматизма: приходят женщины в 30—32 года явно с вегетососудистой дистонией и им просто так ставят диагноз ревматизма и назначают бициллинопрофилактику. И мы заключили договор с Московским военным округом, и к нам в течение 3-х лет поступило 200 больных солдат с тяжелейшим активнейшим «настоящим» ревматическим полиартритом,

большая доброжелательность и стремление к сообществу. Это очень важно. И на каком-то этапе сотрудничества профессор Дельбар из Франции, Лайне из Финляндии и другие очень известные ревматологи стали

...мы тогда жили на Тверском бульваре, а институт находился на Петровке. И мне регулярно по ночам звонили: «У Бондарчук — амовроз», и я бегом в 2—3 часа ночи туда. А так как больные безумно интересные, то я каждый раз, когда сына укладывала спать, рассказывала ему про работу, больных. Его это потрясло.

меня уговаривать, чтоб мы теснее работали с международными организациями. Они были заинтересованы в сотрудничестве с

нами: во-первых, у нас больных очень много, во-вторых, они очень интересные, в-третьих, возникла какая-то взаимная симпатия.

— А Вы хорошо английский знали?

— Ну не так чтобы блестяще, но общаться могла. Это еще экзамен для меня был: профессор Дельбар как-то, шутя, говорит, а почему бы не провести в Москве 10-й Европейский конгресс ревматологов в 1983 г. Этот разговор состоялся где-то в 1977—1978 гг., что совпало с тенденцией о более тесном привлечении нашей страны в Европейские организации. Я обратилась в Минздрав, ЦК партии. В пику нам свое предложение выдвинули и израильтяне. И тогда европейцы приняли решение, что 10 Европейский конгресс ревматологов будет проходить в Москве.

— Вы были членом партии?

— Да. Я в институт на работу зачислена 25 сентября 1958 года. Через какой-то период времени мне говорит А.И. Нестеров: «Я Вас прошу вступить в партию». Какие у него были соображения, я не знаю. Меня очень быстро выбрали секретарем партийной организации. И наверно это сыграло какую-то роль в том, что я стала директором. А.И. Нестеров был очень своеобразным человеком. Он пытался преодолеть возрастные цензы для исполнения обязанностей директора. В 70-м году ему было 75 лет, по академическим понятиям это еще не возраст. Но он стал подавать заявления об освобождении, на которые длительно получал отказ. А тут перед праздниками он в марте 1970 г. подал очередное заявление, и решение было принято. Я не знаю всей подноготной, но он оказался в ситуации, что кого-то вместо себя нужно оставлять. Таким образом, я и оказалась в директорском кресле. Я понимала, что институт в сложившейся ситуации надо сохранять и как проблемный и вообще, как сложившийся. У меня были хорошие отношения с ЦК партии, с Свердловским райкомом, я была вхожа в Минздрав. Худо-бедно на предыдущих этапах взаимодействия всегда была их поддержка. Вот так я и проработала директором 31 год.

— За это время не один министр сменился, с кем лучше всего было работать?

Все помогали, абсолютно все. Конечно, до министра не доберешься, да в этом и не было необходимости, но были всегда очень хорошие заместители министра, которые активно помогали по лечебной и организационной работе: А.Г. Сафонов, А.И. Вялков, понимали наши проблемы и помогали. Их помощь была крайне важна в поддержке и развитии ревматологической помощи в стране. Мне ни разу, когда бы я обращалась к вышестоящему руководству за помощью, не отказывали, как-то всегда входили в положение, понимали, что у нас очень тяжелые больные. Да и сейчас, нам нужен новый приказ, Евгений Львович

пошел в Минздрав, и все вроде бы хорошо, работают над ним. Я думаю, что наших больных спасает, что у нас очень много врачей, преданных ревматологии. Они авторитетны в

...были всегда очень хорошие заместители министра, которые активно помогали по лечебной и организационной работе: А.Г. Сафонов, А.И. Вялков, понимали наши проблемы и помогали. Их помощь была крайне важна в поддержке и развитии ревматологической помощи в стране.

своих регионах. Там где есть личности, работа идет, там, где нет, все исчезает.

— Валентина Александровна, а почему в мире началась эпидемия подагры?

Однозначно сказать трудно. Впервые подагру описал Гиппократ 5000 лет назад. У нас одно время эпиде-

Академик РАМН
В.А. Насонова:

В 2006-м Тяжелее, чем было в 44-м?

таким, что их вносили на носилках. Были признаки кардита и все другие показатели болезни.

— Перед Евгением Львовичем наверно проблем с выбором профессии точно не было?

— Тяжелый период тогда был в моей жизни. Мы жили на Тверском бульваре, а институт находился на Петровке. И мне регулярно по ночам звонили: «У Бондарчук — амовроз», и я бегом в 2—3 часа ночи туда. А так как больные были безумно интересные, то я каждый раз, когда сына укладывала спать, рассказывала ему про работу, больных. Его это потрясло.

— А сейчас Вы Евгению Львовичу советом помогаете?

— Нет, это я сказала сразу, что я ухожу и занимаюсь своим делом. Я не мешиваюсь. В институте образовался сильный коллектив. С сентября полностью посвящаю себя разбору архивов института и подготовкой его 50-летия — в 2008 году. Мы были молодые и глупые, и в общей сложности никакие архивы не велись, хотя фотографий и других фактических данных о работе коллектива куча. Много людей ушло из жизни, и о них нужно написать, чтоб их не забыли.

— Вы были Президентом Европейского общества ревматологов? Как это стало возможно, ведь был железный занавес?

— Не долго это продолжалось — 2 года. Был такой период времени, где-то 75—80 годы, как раз я стала директором института. Мы стали пытаться хоть как-то взаимодействовать с международным медицинским сообществом. Были контакты с ревматологами Франции, США, я уж не говорю про соцстраны, с учеными которых были совместные очень интересные работы. Собственно через последние это вливание и произошло, потому что они были более открытые, чем мы. Получилось еще и потому, что в среде ревматологов была

ИнтерНьюс

В России ежегодно выполняется до 200000 грыжесечений, в США — более 700000, во Франции — 110000, иными словами, грыжа — одно из самых распространенных хирургических заболеваний, излечиваемых только хирургическим путем

Летальность при плановых грыжесечениях по поводу пупочных и паховых грыж не превышает 1%. Примерно такое же число пациентов не оперируются. Среди последних лица пожилого возраста составляют большинство. Причинами отказа от операции являются: боязнь оперативного вмешательства, рецидив грыжи (иногда — многократный), наличие тяжелых сопутствующих заболеваний и рекомендации семейных врачей, особенно в случаях, когда кроме самого наличия грыжевого выпячивания, других клинических проявлений болезни нет. Факторами риска развития осложнений (в том числе ущемления) при грыже брюшной стенки являются: пожилой и старческий возраст, короткий анамнез грыжи, бедренная грыжа и характер сопутствующих заболеваний. Ежегодно в Москве умирают 100 пациентов после грыжесечения по поводу ущемленной грыжи. Имеющиеся в литературе цифры послеоперационной летальности при ущемленных паховых и особенно пупочных грыжах у больных пожилого и старческого возраста достигают 30—45% и более. Все теоретические рассуждения о малой вероятности ущемления грыжи, особенно если она существует длительно и не имеет другой клинической манифестации, вряд ли можно считать оправданными. В подавляющем большинстве случаев пациенту следует рекомендовать плановое хирургическое лечение. Исключение составляют лишь больные с декомпенсированными сопутствующими заболеваниями и очень высоким риском развития осложнений в раннем послеоперационном периоде. Особенности пластики грыж передней брюшной стенке у пожилых рассматривается А.М. Шулуток в статье «Некоторые геронтологические аспекты хирургического лечения паховых и пупочных грыж».

Источник:

Клиническая геронтология, 2006, № 6

В США наконец обеспокоились стандартами медицинской помощи!

Президент Дж. Буш, как ожидается, подпишет правительственное распоряжение, которое будет требовать от врачей и больниц соблюдения стандартов при оказании помощи по государственным программам. Эти меры направлены на повышение качества медицинской помощи, развития стандартизированных информационных технологий и сокращение расходов на оказание помощи.

Источник:

Вашингтон Пост

Важные результаты исследования «Инициатива женского здоровья» (WHI):

— Прием кальция и витамина D в группе здоровых женщин постменопаузально периода приводит к небольшому, но статистически значимому улучшению показателей плотности костной ткани, но не влияет на частоту возникновения переломов бедра и увеличивает риск формирования камней в почках.

— Ежедневный прием кальция и витамина D в течение 7 лет не оказал влияния на инцидент рака кишечника.

Источник:

МЖМП, 2006, № 3

Начало на стр. 1

миологические исследования проводились, частота как во всем мире — 0,1%, это относительно стабильные данные. Но за последнее время довольно резко частота увеличилась, причем не только у нас, но и во многих развитых странах. Американцы связывают это с изменением питания, за счет жирной нездоровой пищи, богатой пуринами. У американцев получилась кривая, где параллельно с ростом числа кафе быстрого питания возрастает кривая распространенности подагры. Второе, что хочется сказать, конечно, алкогольный абюзус имеет огромное значение. Алкоголь, особенно крепкие напитки, снижает выведение мочевой кислоты из организма, то есть в почках обратно всасывается мочевая кислота. Ну, а алкоголизация сейчас довольно распространена. Третье, что можно думать имеет значение, есть какая-то прослойка населения, генетически готовая заболеть, при совпадении внешних факторов. Ведь те, кому именно генетически предопределено заболеть, заболевают в среднем возрасте, а сейчас заболеваемость подагрой высока именно у 40—50-летних. Это в основном люди тучные, с метаболическими нарушениями, и генетическая готовность плюс совпавшие «внешние» факторы, о которых я уже говорила, и дают результат. Мы много узнали про подагру за последние пять лет. Она оказалась тесно связана и с другими метаболическими нарушениями, в частности с метаболическим синдромом. В семьях больных с подагрой имеет место склонность к ожирению, артериальной гипертензии, что говорит о том, что по, всей вероятности, семейно-генетические основы для этих заболеваний общие. Другое дело, что они могут не проявиться, если нет передаточности и «перепивания». И третье, что нас поразило — это распространенность инсулинорезистентности в этой популяции до 20%.

На фоне микрокристаллического воспаления при подагре очень рано возникает и быстро прогрессирует атеросклероз. Больные и врачи должны это знать. Есть единичные исследования с использованием дуплексной резонансной томографии, и оказалось, что микрофокусы в аорте, структурах сердца и коронарных артериях обнаруживаются уже после первого приступа подагры. Первый приступ подагры обычно «сворачивается» в течение 1,5—2 дней, а является проявлением уже тяжелого обменного нарушения, поражающего весь организм.

— *То есть молодые тридцатилетние мужчины, с распухшим большим пальцем на ноге, который через пару дней пройдет и забудется, это уже тяжело больные люди?*

— Да.

— *Изменилась ли ревматическая патология в течение XX века?*

— В середине XIX века было известно по существу только две ревматические болезни: подагра и острая ревматическая лихорадка, которую Гиппократ описывал, а потом в 1832—1837 гг. Буйо стал ею заниматься и обнаружил поражение сердца. Боткин подчеркивал связь со скарлатиной то есть стрептококковой инфекцией. Но в общей сложности это был острый ревматический полиартрит, как его называли, тогда выделяли и хронический полиартрит. Когда в 1928 г. Н.А. Семашко поддержал предложение М.П. Кончаловского и других крупных терапевтов того времени о вступлении в Европейскую антиревматическую лигу, у нас был организован Всесоюзный антиревматический комитет. В 1928 году уже было описано 5 болезней: наряду с ревматической лихорадкой и подагрой. Кстати, я не сказала, что в XIX веке из «подагры» был выделен так называемый неподагрический хронический полиартрит. Следующая классификация была уже в 1958 году и в соответствии с ней было уже выделено 14 болезней. А сейчас в соответствии с МКБ X уже 100 болезней, которые справедливо относят к ревматическим. Число болезней увеличилось по двум причинам: с одной стороны, улучшилась выявляемость, а с другой, — есть целый ряд факторов, способствующих тому, что идет накопление ревматических болезней: увеличивается продолжительность жизни, раньше просто не доживали до многих из них. Сейчас количество людей с ревматическими заболеваниями каждый год увеличивается на миллион, это 10% населения, преимущественно, конечно, страдающего остеоартрозом, спондилоартрозом, дегенеративными заболеваниями. Из проблем, которые выходят на первое место среди работающих среднего возраста, это проблема боли в

спине. Не всегда удается точно поставить диагноз, поэтому даже в классификацию была внесена именно такая рубрика — боли в нижней части спины.

— *А еще 10 лет назад над американцами, использовавшими такой термин, смеялись.*

— Да. Не так давно было показано, что примерно 80% населения когда-либо на протяжении жизни переносят приступ боли в спине. Хотя чаще всего это кратковременные проблемы, но они сопровождаются нарушением трудоспособности, и для государства обходится дорого. Это касается и ранней, и частой инвалидизации. Вообще ревматические болезни очень большая социальная проблема. Надо думать, что дальше делать. Проще с ревматической лихорадкой, потому что есть причинный фактор — стрептококк. Надо лечить ангины и, собственно говоря, ревматизма не будет. А вот что делать с передаточностью и с ожирением как причинами развития наиболее частого заболевания — тяжелого остеоартроза, а теперь еще и подагры?

— *Меньше есть.*

Легко сказать. Во-первых, у нас почти отсутствует чувство ответственности за свое здоровье, и это касается не только наших ревматических болезней, хотя казалось бы боль лучше всего должна ограничивать переедание — ничего подобного.

— *Что изменилось в судьбе больных системной красной волчанкой?*

— Проблема красной волчанки в нашей стране была поднята Евгением Михайловичем Тареевым. Он был одним из первых, кто этих больных из дерматологии стал переводить в терапию. В 50-е годы волчанка была очень тяжелой. Я очень хорошо помню и всегда об этом говорю, что когда в 1958 году по инициативе Анатолия Иннокентьевича Нестерова был создан Институт ревматизма, в котором в клинике было 3 отделения: ревматизма, его было больше всего, много пороков сердца, ревматоидного артрита, и третье — пограничных форм, где были диффузные болезни соединительной ткани. Так вот с 4 ноября по 31 декабря 1958 г. к нам поступило 20 больных с СКВ. К 1 января 1959 года в живых осталась только одна. Это было очень тяжелое заболевание, но сейчас положение изменилось к лучшему за счет хорошо разработанного лечения.

разработанного лечения.

Нам и другим клиникам удалось разработать программу подерживающей и в а о щ е й терапии кортикостероидами,

Не так давно было показано, что примерно 80% населения когда-либо на протяжении жизни переносят приступ боли в спине. Хотя чаще всего это кратковременные проблемы, но они сопровождаются нарушением трудоспособности и для государства обходится дорого.

цитостатиками, затем была введена системная, в том числе экстракорпоральная, быстро подавляющая иммунное воспаление терапия, способствующая удалению антител к ДНК, иммунных комплексов. Появился преднизолон для внутривенного введения, метипред, и многое другое. Конечно, потихонечку эти тяжелые больные стали выживать, и продолжительность жизни постепенно увеличиваться. Сначала 5 лет, потом — 15, сейчас они живут достаточно долго. Кроме того, было показано, что не все такие больные тяжелые. Есть хроническая волчанка, начинающаяся с синдрома Рейно, волчанка в сочетании с синдромом Шегрена течет более доброкачественно, чем развивающаяся остро, внезапно.

Научились лечить волчаночный нефрит. До этого не редко при волчанке быстро развивался нефротический синдром и они погибали от почечной недостаточности. На сегодняшний день это нормальное воспалительное системное заболевание, которое при своевременной диагностике и высокой комплаентности больного может хорошо лечиться. Это уже не приговор, даже при острейшей волчанке. Это конечно серьезное достижение. Но и в лечении ревматоидного артрита тоже есть сдвиги, ведь они до этого инвалидами становились через 4—5 лет. Хенч и Кендалл получили Нобелевскую премию за открытия, касающиеся гормонов коры надпочечников, их структуры и биологических эффектов. Хенч стал пытаться лечить волчанку гормонами после того, как обратил внимание, что у беременных ревматоидный артрит затихает, то есть активность его существенно снижается. Уж как он вычислил, что это имеет отношение к коре надпочечников. Специальные исследования показали у больных со многими ревматическими заболеваниями низкую активность кортизола, а при беременности она резко повышается. Вообще системные ревматические заболевания поддаются современной терапии, за исключением церебрального

Продолжение на стр. 3

ВНИМАНИЕ!

ДЛЯ ГЕМАТОЛОГОВ, ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ, ПЕДИАТРОВ, ТЕРАПЕВТОВ А ТАКЖЕ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ ВЫШЛА В СВЕТ НОВАЯ КНИГА!

ПРОТОКОЛ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ. ГЕМОФИЛИЯ


Утверждено Заместителем Министра здравоохранения и социального развития Российской Федерации В.И. Стародубовым 30 декабря 2005 г.

Издательство **НЬЮДИАМЕД** 2006 г.

Гемофилия — наследственная заболевание системы гемостаза, характеризующееся снижением или нарушением синтеза факторов свертывания крови VIII (гемофилия А) или IX (гемофилия В), встречающееся почти исключительно у мужчин.

Протокол — основа для внедрения современных методов лечения больных в практику здравоохранения повсеместно. Лечение, начатое своевременно, в детстве, делает этих больных полноценными гражданами общества.

Заявки на приобретение можно направлять по адресу:
115446, Москва, Коломенский пр., д. 4, ГКБ № 7, издательство **НЬЮДИАМЕД**
E-mail: mtpnmd@dol.ru Подробности на сайтах: www.zdrav.net и www.zdravkniga.net



Начало на стр. 1, 2 ↻

васкулита. Но сейчас, не знаю, закономерно это или случайность, но при системной волчанке стала чаще развиваться симптоматика поражения спинного мозга — поперечные миелиты с парапарезами, тетрапарезами. Конечно, это несчастные больные.

— Они стали доживать до этих проявлений?

Нет, они довольно быстро развиваются. Не знаю, чем это объяснить.

Конечно, им проводят и плазмаферез, и внутривенное введение больших доз цитостатиков и глюкокортикоидов. Но, несмотря на это, пока результаты не очень хорошие.

— Врач терапевт и врач ревматолог, кто должен лечить ревматоидный артрит?

Этот вопрос активно обсуждается все время. Очень запутывает диагностика. Терапевты должны заподозрить и во-время направить к ревматологу, который окончательно поставит диагноз. Лечить терапевты должны уже по той схеме, которую подберет ревматолог. В России сейчас 1800 ревматологов, ушло только 200 в связи с событиями по матери-

В целом все еще плохо знают ревматологию: в ВУЗе ее не преподают, поэтому врач, заканчивая институт, только слышал про ревматические болезни.

альной стимуляции участковых врачей. Мы благополучно пережили этот катаклизм, а вот среди других специалистов потери значительно большие. У нас ревматологов в общем-то хватает, нет, конечно, их в небольших городках, но те, кто работает, это квалифицированные кадры. Очень хорошие центры в Хабаровске, Тюмени, Владивостоке, Ханты-Мансийске, Челябинске, Оренбурге, Екатеринбурге. Я думала, что кризис будет серьезнее в связи с решением Минздрава, но вроде его пережили.

— А терапевты в чем не дорабатывают еще с ревматологическими больными, только в части поздней диагностики?

— В целом все еще плохо знают ревматологию: в ВУЗе ее не преподают, поэтому врач, заканчивая институт, только слышал про ревматические болезни. Существуют курсы, выездные семинары, мы много в этом отношении работаем с периферией. Тревожит ситуация с детской ревматологией. Очень плохо диагностируется ювенильный ревматоидный артрит, он быстро прогрессирует без лечения, дети теряют способность ходить. Очень грустно.

— Наше терапевтическое общество повышает квалификацию врачей?

— Думаю, да, и очень серьезно.

Беседовали

В. Буланова и А. Власова

ИнтерНьюс

Исследование, проведенное в 5 европейских клиниках, показало, что 39% лекарственных средств, прописываемых детям, назначаются не по зарегистрированным показаниям

Аналогичные исследования прописывания лекарств детям врачами общей практики обнаружили, что среди этих лекарств не зарегистрированы для применения у детей 11% в Великобритании, 33% во Франции и 29% в Нидерландах. Более того, неонатологи часто применяют лекарства не разрешенным способом, имея небольшой выбор, поскольку их маленькие пациенты почти не включаются в испытания новых лекарств: 80% младенцев в отделениях интенсивной терапии новорожденных в Австралии получают лекарства, не лицензированные или не зарегистрированные для применения у этой группы пациентов. Такое прописывание лекарств — проблема не только для врача: как показало исследование пациентов педиатрических отделений в Германии, пациенты, получавшие не разрешенные к применению у детей лекарства, имеют статистически значимо повышенный риск неблагоприятных реакций на ЛС. Безразличное отношение к отсутствию научно обоснованной информации о применении лекарств у детей неприемлемо. Программа оценки технологий здравоохранения Национальной службы здравоохранения Великобритании уполномочена провести серию исследовательских проектов, изучающих лекарства для детей. Европейская комиссия в ответ на озабоченность медиков и общества предложила директиву, касающуюся лекарств в педиатрии. Она включает создание экспертного комитета, который будет проводить оценку и одобрение всех протоколов испытаний лекарств на детях. Кроме того, Европейское агентство по лекарствам подготовило проект руководства по фармакологическому надзору в педиатрии. Предложенная Европейской комиссией директива о лекарствах для детей во многом сходна с Актом о справедливом проведении научных исследований в педиатрии, принятым Сенатом США в 2003 г. В 2005 г. был опубликован Британский национальный формуляр лекарств для детей, задача которого — обеспечить педиатров информацией по прописыванию лекарств, большинство из которых не прошли исследований на детях.

Источник:

МЖМП, 2006, № 3

Геннадий Онищенко: заместительная метадонная терапия в России применяться не будет

Заместительная метадонная терапия для лечения героинового наркомания в России в ближайшее время применяться не будет, сообщил главный государственный санитарный врач Российской Федерации Геннадий Онищенко. По его мнению, общество в России пока не готово к легализации медицинского применения наркотиков. Основная проблема заключается в том, что «если право бесплатной раздачи метадона перейдет к гражданским организациям, то не всегда можно будет проследить за точным исполнением законодательства». Даже в случае применения подобной практики в стационарах возможны случаи хищения препарата медицинским персоналом. Кроме того, нельзя исключить вероятность того, что наркоманы будут торговать избытками метадона.

Источник:

Mednovosti.ru

ПРОТОКОЛЫ МГНОТ

ПРОТОКОЛ ПЛЕНАРНОГО ЗАСЕДАНИЯ МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ от 25.02.2004 г.

Председатель: академик А.И. Воробьев

Секретарь: к. м. н. Е.Н. Кочина

Повестка дня: Проф. Д.Г. Иоселиани (НПЦ интервенционной кардиологии Департамента здравоохранения г. Москвы). **Современные принципы лечения острого инфаркта миокарда.**

Высокая летальность больных с острым инфарктом миокарда является поводом для постоянного поиска более эффективных методов диагностики и лечения этого заболевания. За последние 15 лет произошли существенные положительные сдвиги в этом направлении. Наряду со значительным расширением возможностей выбора фармакологических средств, включающих инфузионную терапию нитратами, применение кардиоселективных бета-адреноблокаторов, тромболитиков, дезагрегантов, АПФ-ингибиторов, в клинической практике получили достаточно широкое применение эндоваскулярные и хирургические методы восстановления кровотока в коронарных артериях. К таким методам относятся внутрикоронарный (селективный) тромболитизис, ангиопластика и стентирование коронарных артерий и аорто-коронарное шунтирование, позволяющие в большинстве случаев успешно восстанавливать кровоток в артерии, снабжающей инфарцированную область миокарда, что, по мнению большинства ученых, является важным условием благоприятного клинического течения заболевания. В совокупности все вышеназванные мероприятия позволили в значительной степени снизить летальность от острого инфаркта миокарда во многих развитых странах мира.

Подобные тенденции наблюдаются и в некоторых клиниках России. По данным статистической отчетности московских городских больниц, ведущих круглосуточный прием кардиологических больных в неотложных состояниях, госпитальная летальность при инфаркте миокарда колеблется в диапазоне от 3,5 до 18,3% и составляет в среднем 12,8%. При этом самые минимальные показатели — 3,5% — у Московского научно-практического центра интервенционной кардиологии. Результаты его работы вполне сопоставимы с лучшими мировыми достижениями: например, в США, признанном лидере в лечении инфаркта миокарда, госпитальная летальность от этого заболевания по последним данным составляет 4—5%.

Вопросы докладчику:

Вопрос (Т.В. Шишкова): Изучали ли вы отдаленные последствия ваших хирургических вмешательств, была ли разница между больными с Q-инфарктами и не Q-инфарктами?

Ответ: Если говорить о рецидивах в общей популяции больных, то их доля больше у больных с Q-инфарктами. У больных, которым был восстановлен кровоток путем наших вмешательств, процент повторных инфарктов крайне низок. Но отдаленные результаты лечения (5—10 лет) статистически мы еще не обработали;

Вопрос (академик А.И. Воробьев): У Вас АКШ делают?

Ответ: Да, у нас уникальная французско-русская группа хирургов;

Вопрос: Есть у вас молодые пациенты?

Ответ: Значительного омоложения контингента за последние годы нет. Что касается личной практики, я делал ангиопластику пациенту с острым инфарктом в возрасте 21 год. У него была резко сужена передняя межжелудочковая артерия, но не из-за атеросклероза. Это очень редко, основная масса — пациенты после 40 лет;

Вопрос (проф. Е.А. Лукина): В вашем докладе одной из причин инфаркта миокарда стоит нарушение свертываемости крови. Что имеется в виду?

Ответ: Тромбозы на месте атеросклеротической бляшки;

Вопрос (проф. Е.А. Лукина): Есть ли особенности обследования и ведения молодых пациентов, у которых Вы видели тромбоз?

Ответ: У нас нет возможности выявить все причины тромбозности у таких больных;



где летальность при остром инфаркте миокарда гораздо ниже, чем по городу в целом, что связано с возможностью первичной ангиопластики у коронарного больного. Давно не было докладов, где автор излагает авторский взгляд на проблему. Можно спорить с докладчиком по поводу бета-блокаторов при инфаркте миокарда, в отношении гепарина и его влияния на исходы крупноочагового инфаркта миокарда. Но докладчик излагает свой собственный материал, его собственную позицию. Хорошо, что в Москве еще есть система оказания помощи с реабилитационным этапом. Мы сплошь и рядом видим, когда пациентов выписывают из стационаров без реабилитационных рекомендаций. Мне приходится видеть больных, которые с восхищением говорят об отношении к больным в этом центре. Огромное спасибо за доклад.

К. м. н. Т.В. Шишкова: Успешное лечение инфаркта миокарда — огромное достижение медицины. Спасенные жизни, сохраненная работоспособность больных — неоспоримые тому доказательства. Однако, есть и нерешенные проблемы. На операционный стол нередко попадают не коронарные больные. Хочу привести реальный клинический пример, описанный в моей книге «Записки участкового врача». Больная Б., 52 лет выписана из 15-й больницы с диагнозом «Не Q-инфаркт», на ЭКГ — глубокий до 1,5 см отрицательный равнобедренный зубец «Т» во всех отведениях, кроме III, AVF. Настоящий диагноз: «Климактерическая кардиопатия», т. к. у больной помимо кардиального синдрома были клинические признаки климактерического периода. Биохимические показатели в норме. Эхо-КГ — полости сердца не расширены, сократимость нормальная. Эти признаки позволяют полностью отвергнуть диагноз «острый инфаркт миокарда». Кроме того, больной сказано о неблагоприятном прогнозе и при выписке даны рекомендации по ограничению физических нагрузок, установлению группы инвалидности.

Завершая выступление, призываю врачей помнить клинические характеристики некоронарогенных кардиальных синдромов, обратить внимание на изменения сегмента ST, а не только на отрицательные зубцы «Т», которые в остром периоде

Продолжение на стр. 10 ↻

ИнтерНьюс

Болезнь Альцгеймера входит в лидирующую десятку причин смерти в США

Согласно данным Национального центра статистики здравоохранения, смертность от болезни Альцгеймера в США увеличилась в 2004 г. на 1,4%. Болезнь Альцгеймера переместилась с 8-го на 7-е место среди лидирующих причин смерти, обойдя грипп и пневмонию, смертность от которых снизилась на 7,3%. На первом месте среди причин смерти остались сердечно-сосудистые заболевания, за которыми следуют рак, инсульт, хронические заболевания нижних дыхательных путей, несчастные случаи и сахарный диабет. Грипп и пневмония занимают 8-е место, заболевания почек — 9-е. Завершает список десяти ведущих причин смерти септицемия.

Источник: Reuters

Интенсивная липидснижающая терапия не влияет на прогрессирование коронарного атеросклероза

Прогрессирование коронарного атеросклероза считается одним из важнейших предикторов коронарных событий. Недавно показано, что интенсивная липидснижающая терапия в сравнении со стандартной терапией, особенно при острых коронарных синдромах, приносит дополнительную клиническую пользу. Международной коллектив исследователей решил проверить гипотезу о том, что интенсивная липидснижающая терапия аторвастатином в дозе 80 мг/сутки будет замедлять развитие кальцификации коронарных артерий в большей степени, нежели стандартная терапия аторвастатином в дозе 10 мг/сутки. Для решения поставленной цели в 55 центрах Германии, Англии и России в течение 2001–2004 гг. было проведено проспективное двойное-слепое рандомизированное клиническое испытание с параллельными группами. Первичный скрининг выполнен среди 1026 пациентов. Отбирались участники в возрасте от 32 до 80 лет без анамнеза реваскуляризации и перенесенного инфаркта миокарда, если они имели по крайней мере, 2 фактора риска коронарной болезни сердца (курение, гипертензия, диабет 2-го типа, отягощенную наследственность, высокий уровень липопротеидов низкой плотности), стенозы коронарных артерий <50%, выраженный кальциоз коронарных артерий по данным электроннолучевой компьютерной томографии высокого разрешения.

К моменту окончания испытания уровень липопротеидов низкой плотности в группе аторвастатина 80 мг/сутки дополнительно снизился на 20%, в то время как в группе аторвастатина 10 мг/сутки он оставался стабильным. Тем не менее, различий в первичной конечной точке не получено. Среднее прогрессирование объема кальцификации коронарных артерий в сравнении с исходным у пациентов, получавших 80 мг статина в сутки, составило 27% в сравнении с 25% ростом кальцификации коронарных артерий, отмеченным у больных, получавших 10 мг препарата. Более того, не выявлено достоверной связи между прогрессированием кальцификации коронарных артерий и уровнем липопротеидов низкой плотности, а также другими параметрами липидного профиля. Частота побочных событий между группами не различалась (около 50% в обеих группах). Новые сердечно-сосудистые события и рак зафиксированы у 12,4% участников. Не выявлено связи между уровнем снижения липопротеидов низкой плотности в результате интенсивной липидснижающей терапии в течение 12 месяцев и прогрессированием кальцифицирующего коронарного атеросклероза.

Источник: Circulation. Jan. 24, 2006; 113: 427-437

Тема развития и функционирования рынка медицинских услуг обсуждается специалистами в области здравоохранения не так часто. Связано это с тем, что большая его часть представляет собой серый рынок платной медицины и практически не подвергается анализу. Сегодня нельзя однозначно оценить ни объемы оборотов рынка, ни их структуру. Начать его изучение можно пока только в общих чертах, опираясь на немногочисленные исследования.

Некоторые аспекты конкуренции на рынке медицинских услуг

Л.Л. Коковин*, Ю.А. Мушинская**, В.И. Козичев**, Е.И. Воцина**

* ММА им. И.М. Сеченова

** МГМСУ

Условно рынок медицинских услуг можно разделить на две части. Первая — это те виды услуг, которые гарантированы населению и финансируются государством, т. е. «бесплатные» (условно некоммерческий сектор). Вторая — это платные услуги и, соответственно, коммерческий сектор. В последнем секторе представлены государственные учреждения, частные предприятия и учреждения со смешанной формой собственности. В целом оба сектора практически непрозрачны, и провести четкую грань между ними достаточно сложно, т. к. и в государственном, и в коммерческом секторе потребители оплачивают медицинские услуги из собственных средств. Различные исследования показывают, что население будет скорее платить, чем не платить за медуслуги, независимо от того, платные они «официально» или нет. Так, по данным исследования ВЦИОМ, доля населения, готовая платить за медицинские услуги (легально или неформально), превышает 50%. В ходе исследования, проведенного Независимым институтом социальной политики, были получены данные по распространенности различных форм платежей — официальных, неофициальных и смешанных (когда помимо оплаты в кассу, пациент платит также и врачу), в результате появился специальный термин «неформальные платежи». Смешанный вид оплаты услуг косвенно свидетельствует о потенциальном резерве средств у населения, позволяющем тратить большие ресурсы на оплату медицинских услуг (табл. 1).

Таблица 1

Доля домохозяйств, плативших за различные виды медицинской помощи, среди обратившихся за ними, в %

| Виды помощи | В кассу | В руки | В кассу и в руки | Всего |
|--------------------------------|---------|--------|------------------|-------|
| Амбулаторно-поликлиническая | 19,8 | 4,1 | 6,1 | 30,0 |
| Стоматологическая | 49,7 | 12,4 | 3,3 | 65,4 |
| Стационарная | 35,8 | 7,3 | 10,3 | 53,5 |
| Скорая помощь и помощь на дому | — | 10,5 | — | 10,5 |

Источник: С.В. ШИШКИН, Г.Е. БЕССТРЕМЯННАЯ, Ремедиум № 10, 2004

Попытаемся охарактеризовать некоторые явления и тенденции его развития рынка; точнее — некоторых его сегментов. Любой рынок формируется в результате адекватной совокупности спроса и предложения. Рынок медицинских услуг не является исключением. В идеале, и в государственном («бесплатном») и в коммерческом секторе должны действовать рыночные механизмы. Однако, как точно заметил в одной из своих публикаций проф. А.Л. Линденбратен («Ремедиум» № 10, 2004), механизмы конкуренции, по существу, так и не заработали, а рыночные отношения зачастую сводятся к превращению пациента из скрытого плательщика за медицинские услуги в явного, поскольку он теперь все чаще оплачивает медицинские услуги, возмещая дефицит средств в лечебно-профилактических учреждениях. В связи с этим, далее мы не будем однозначно разделять рынок медуслуг на коммерческий и некоммерческий, а будем рассматривать их совокупность, опираясь на то, что пациенты так или иначе тратят свои средства на медуслуги в обоих секторах.

Кто формирует «серый сектор»?

Бытует мнение, что большая часть именно коммерческого рынка медицинских услуг практически не подлежит маркетинговым исследованиям. Отчасти это действительно так. Однако с учетом того, что неформальные платежи на сегодняшний день являются чуть ли не обязательными в государственном секторе, термин «серый» также применим и к нему. Можно предположить, что в коммерческом секторе такая «непрозрачность» появляется от слишком жестких ограничений со стороны государства и наличия квазиконкуренции; в некоммерческом наоборот: конкуренции практически нет (пока), а государство не всегда финансово поддерживает свои обязательства. Тем не менее, тенденции к большей прозрачности бизнеса уже наметились. Например, в стоматологическом, офтальмологическом, косметологическом, урологическом и гинекологическом сегментах, представленных коммерческими фирмами различной формы собственности, сформированы достаточно развитые конкурентные рынки. В государственном секторе такая конкуренция тоже имеет место быть, но инструменты, используемые для ее повышения, не всегда прозрачны и вряд ли их можно назвать рыночными.

Спрос рождает...

Одним из основных стимулов для вывода любого продукта на рынок является наличие спроса. На платные ме-

дицинские услуги такой спрос существует. Исследование, проведенное компанией BusinessVision по рынку медицинских услуг в С.-Петербурге, выявило, что в период с 2001 по 2003 гг. за платной помощью обращалось 39% жителей города, представленные практически всеми социальными слоями населения. В Москве же аналогичный показатель составил 58%. Учитывая то, что население готово платить, основной вопрос, на который хотелось бы отве-

тить, — являются ли платные медицинские услуги альтернативой бесплатной (гарантированной государством!) медицинской помощи? И по каким параметрам? Для этого достаточно сравнить несколько вариантов причин оплаты или неоплаты медицинских услуг потребителями (табл. 2–5).

Таблица 2
Причины обращения к платной медицинской помощи в Москве и Санкт-Петербурге (% от тех, кто пользуется платными мед. услугами)*

| Причины обращения к платным медуслугам | Москва | СПб |
|---|--------|-----|
| Более качественная медицинская помощь | 64 | 59 |
| Высокий уровень сервиса | 38 | 42 |
| Высокая скорость обслуживания | 32 | 39 |
| Обслуживание на дому | 21 | 27 |
| Репутация и известность медицинского учреждения | 19 | 17 |
| Более удобное местоположение медицинских учреждений | 10 | 13 |
| Другое | 7 | 9 |
| Нет ответа | 4 | 2 |

* Респонденты могли выбрать несколько вариантов ответа.
Источник: BusinessVision

Таблица 3
Причины неформальной оплаты медицинской помощи, % от плативших неформально (в амбулаторно-поликлинических учреждениях)

| Причины неформальной оплаты | Доля |
|---|------|
| Иначе нужно было бы долго ждать необходимые услуги | 39,6 |
| Рассчитывали на более внимательное отношение и более качественное лечение | 34,5 |
| Иначе вообще нельзя было бы получить необходимые услуги (нужное лечение, операцию) | 28,1 |
| Хотели отблагодарить медицинского работника за успешно проведенное лечение и оказанное внимание | 16,5 |
| По иной причине | 2,2 |
| Иначе было бы трудно или невозможно попасть в это медицинское учреждение (или пришлось бы долго ждать госпитализации) | 1,4 |
| Иначе было бы трудно или невозможно попасть к тому врачу, которого рекомендовали | 1,4 |

Источник: С.В. ШИШКИН, Г.Е. БЕССТРЕМЯННАЯ, Ремедиум № 10, 2004

Таблица 4
Причины отказа от платных медицинских услуг в Москве и Санкт-Петербурге (% от тех, кто не пользуется платной медпомощью)*

| Причины отказа | Москва | СПб |
|--------------------------------------|--------|-----|
| Высокие цены | 45 | 59 |
| Отсутствие привычки | 18 | 20 |
| Нет необходимости | 14 | 11 |
| Недостаток информации | 12 | 12 |
| Другое | 5 | 1 |
| Неудобное местоположение | 3 | 4 |
| Недоверие к частным мед. учреждениям | 2 | 1 |
| Нет ответа | 1 | 1 |

* Респонденты могли выбрать несколько вариантов ответа.
Источник: BusinessVision

Таблица 5
Причины выбора неформального платежа, при возможности оплаты услуг через кассу (в амбулаторно-поликлинических учреждениях, в % от плативших)

| Причины неформальной оплаты | Доля |
|--|------|
| Это позволило быстрее получить услуги | 58,7 |
| Рассчитывали на более внимательное отношение и более качественное обслуживание | 30,4 |
| Это было дешевле, чем платить в кассу | 10,9 |

Источник: С.В. ШИШКИН, Г.Е. БЕССТРЕМЯННАЯ, Ремедиум № 10, 2004

Сравнение представленных данных позволяет сделать ряд выводов. Первое — это примерно одинаковое распределение мотиваций населения для оплаты медуслуг (официально и неформально). В частности, можно выделить, что и в коммерческом и некоммерческом секторе наибольшая часть респондентов отмечает, что, заплатив, они получают более качественную медицинскую помощь: так считают практически 60% потребителей в коммерческом секторе и 34% населения, прибегавшего к неформальным платежам. Также

Продолжение на стр. 7

СТАНДАРТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

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

Эти стандарты мало доступны врачам.

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

Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

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

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

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

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

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

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

СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ДЕРМАТОПОЛИМИОЗИТОМ

1. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА

Категория возрастная: взрослые, дети

Нозологическая форма: дерматополимиозит

Код по МКБ-10: M33

Фаза: любая (обострение и ремиссия)

Осложнение: вне зависимости от осложнений

Условие оказания: амбулаторно-поликлиническая помощь

Приложение
к приказу Министерства
здравоохранения и социального развития
Российской Федерации
от 7 декабря 2004 г. № 302

1.1. ДИАГНОСТИКА

| Код | Наименование | Частота предоставления | Среднее количество |
|-------------|---|------------------------|--------------------|
| A01.31.009 | Сбор анамнеза и жалоб общетерапевтический | 1 | 1 |
| A01.31.010 | Визуальный осмотр общетерапевтический | 1 | 1 |
| A01.02.001 | Сбор анамнеза и жалоб при заболевании мышц | 1 | 1 |
| A01.02.002 | Визуальное исследование мышц | 1 | 1 |
| A01.02.003 | Пальпация и измерение мышечной силы | 1 | 1 |
| A02.01.001 | Измерение массы тела | 1 | 1 |
| A02.03.005 | Измерение роста | 1 | 1 |
| A01.31.012 | Аускультация общетерапевтическая | 1 | 1 |
| A01.31.011 | Пальпация общетерапевтическая | 1 | 1 |
| A01.31.016 | Перкуссия общетерапевтическая | 1 | 1 |
| A01.04.002 | Визуальное исследование суставов | 1 | 1 |
| A02.04.002 | Измерение объема суставов | 1 | 1 |
| A02.04.003 | Измерение подвижности суставов | 1 | 1 |
| A02.09.001 | Измерение частоты дыхания | 1 | 1 |
| A02.12.001 | Исследование пульса | 1 | 1 |
| A02.12.002 | Измерение артериального давления на периферических артериях | 1 | 1 |
| A02.31.001 | Термометрия общая | 1 | 1 |
| A11.05.001 | Взятие крови из пальца | 1 | 1 |
| A11.12.009 | Взятие крови из периферической вены | 1 | 1 |
| A09.05.003 | Исследование уровня общего гемоглобина в крови | 1 | 1 |
| A08.05.004 | Исследование уровня лейкоцитов в крови | 1 | 1 |
| A12.05.001 | Исследование оседания эритроцитов | 1 | 1 |
| A08.05.003 | Исследование уровня эритроцитов в крови | 1 | 1 |
| A08.05.005 | Исследование уровня тромбоцитов в крови | 1 | 1 |
| A08.05.006 | Соотношение лейкоцитов в крови (подсчет формулы крови) | 1 | 1 |
| A09.05.010 | Исследование уровня общего белка в крови | 1 | 1 |
| A05.10.001 | Регистрация электрокардиограммы | 1 | 1 |
| A05.10.007 | Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных | 1 | 1 |
| A05.02.001 | Электромиография | 1 | 1 |
| A04.10.002 | Эхокардиография | 1 | 1 |
| A04.14.001 | Ультразвуковое исследование печени | 1 | 1 |
| A04.14.002 | Ультразвуковое исследование желчного пузыря | 1 | 1 |
| A04.18.001 | Ультразвуковое исследование поджелудочной железы | 1 | 1 |
| A04.28.001 | Ультразвуковое исследование почек | 1 | 1 |
| A06.09.008 | Рентгенография легких | 1 | 1 |
| A12.06.019 | Исследование «ревматоидных факторов» | 1 | 1 |
| A09.05.023 | Исследование уровня глюкозы в крови | 1 | 1 |
| A09.05.019 | Исследование уровня креатинина в крови | 1 | 1 |
| A09.05.041 | Исследование уровня аспартат-трансаминазы в крови | 1 | 1 |
| A09.05.042 | Исследование уровня аланин-трансаминазы в крови | 1 | 1 |
| A09.05.039 | Исследование уровня лактатдегидрогеназы и ее изоферментов в крови | 1 | 1 |
| A09.05.043 | Исследование уровня креатинкиназы в крови | 1 | 1 |
| A09.05.046 | Исследование уровня щелочной фосфатазы в крови | 1 | 1 |
| A09.28.001 | Исследование осадка мочи | 1 | 1 |
| A09.28.003 | Определение белка в моче | 1 | 1 |
| A09.28.017 | Определение концентрации водородных ионов мочи (рН мочи) | 1 | 1 |
| A09.28.023 | Определение удельного веса (относительной плотности) мочи | 1 | 1 |
| A 06.02.003 | Рентгенография мягких тканей верхней конечности | 0,2 | 1 |
| A 06.02.004 | Рентгенография мягких тканей нижней конечности | 0,2 | 1 |
| A09.05.021 | Исследование уровня общего билирубина в крови | 1 | 1 |
| A09.05.022 | Исследование уровня фракций билирубина в крови | 1 | 1 |

1.2. ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА 6 МЕСЯЦЕВ

| Код | Наименование | Частота предоставления | Среднее количество |
|------------|--|------------------------|--------------------|
| A01.31.009 | Сбор анамнеза и жалоб общетерапевтический | 1 | 3 |
| A01.31.010 | Визуальный осмотр общетерапевтический | 1 | 3 |
| A01.02.001 | Сбор анамнеза и жалоб при заболевании мышц | 1 | 3 |
| A01.02.002 | Визуальное исследование мышц | 1 | 3 |

| Код | Наименование | Частота предоставления | Среднее количество |
|------------|--|------------------------|--------------------|
| A01.02.003 | Пальпация мышц и измерение мышечной силы | 1 | 3 |
| A01.31.012 | Аускультация общетерапевтическая | 1 | 3 |
| A01.31.011 | Пальпация общетерапевтическая | 1 | 3 |
| A01.31.016 | Перкуссия общетерапевтическая | 1 | 3 |
| A02.09.001 | Измерение частоты дыхания | 1 | 3 |
| A02.12.001 | Исследование пульса | 1 | 3 |
| A02.12.002 | Измерение артериального давления на периферических артериях | 1 | 3 |
| A02.31.001 | Термометрия общая | 1 | 3 |
| A11.05.001 | Взятие крови из пальца | 1 | 3 |
| A11.12.009 | Взятие крови из периферической вены | 1 | 3 |
| A09.05.003 | Исследование уровня общего гемоглобина в крови | 1 | 3 |
| A08.05.004 | Исследование уровня лейкоцитов в крови | 1 | 3 |
| A12.05.001 | Исследование оседания эритроцитов | 1 | 3 |
| A08.05.003 | Исследование уровня эритроцитов в крови | 1 | 3 |
| A08.05.005 | Исследование уровня тромбоцитов в крови | 1 | 3 |
| A08.05.006 | Соотношение лейкоцитов в крови (подсчет формулы крови) | 1 | 3 |
| A09.05.010 | Исследование уровня общего белка в крови | 1 | 2 |
| A05.10.001 | Регистрация электрокардиограммы | 1 | 3 |
| A05.10.007 | Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных | 1 | 3 |
| A04.10.002 | Эхокардиография | 0,5 | 2 |
| A05.02.001 | Электромиография | 0,5 | 2 |
| A04.14.001 | Ультразвуковое исследование печени | 0,5 | 1 |
| A04.14.002 | Ультразвуковое исследование желчного пузыря | 0,5 | 1 |
| A04.18.001 | Ультразвуковое исследование поджелудочной железы | 0,5 | 1 |
| A04.28.001 | Ультразвуковое исследование почек | 0,5 | 1 |
| A06.09.008 | Рентгенография легких | 1 | 1 |
| A09.05.041 | Исследование уровня аспартат-трансаминазы в крови | 1 | 3 |
| A09.05.042 | Исследование уровня аланин-трансаминазы в крови | 1 | 3 |
| A09.05.046 | Исследование уровня щелочной фосфатазы в крови | 0,5 | 1 |
| A09.05.039 | Исследование уровня лактатдегидрогеназы и ее изоферментов в крови | 1 | 1 |
| A09.05.043 | Исследование уровня креатинкиназы в крови | 1 | 3 |
| A09.28.001 | Исследование осадка мочи | 1 | 2 |
| A09.28.003 | Определение белка в моче | 1 | 2 |
| A09.28.017 | Определение концентрации водородных ионов мочи (рН мочи) | 1 | 2 |
| A09.28.023 | Определение удельного веса (относительной плотности) мочи | 1 | 2 |
| A03.16.001 | Эзофагогастродуоденоскопия | 1 | 1 |
| A25.06.001 | Назначение лекарственной терапии при заболеваниях иммунной системы | 1 | 6 |
| A25.04.002 | Назначение диетической терапии при заболеваниях иммунной системы | 1 | 6 |
| A25.06.003 | Назначение лечебно-оздоровительного режима при заболеваниях иммунной системы | 1 | 6 |
| A15.03.005 | Наложение корсета при патологии грудного отдела позвоночника | 1 | 6 |
| A15.03.006 | Наложение корсета при патологии поясничного отдела позвоночника | 1 | 1 |
| A19.31.003 | Лечебная гимнастика при заболеваниях опорно-двигательного аппарата у детей | 1 | 6 |
| A21.31.004 | Массаж при заболеваниях опорно-двигательного аппарата у детей | 1 | 6 |

| Фармакотерапевтическая группа | АТХ группа* | Международное непатентованное наименование | Частота назначения | ОДД** | ЭКД*** |
|--|--|--|--------------------|--------|----------|
| Противоопухолевые, иммунодепрессивные и сопутствующие средства | | | 1 | | |
| | <i>Цитостатические средства</i> | | 1 | | |
| | | Циклофосфамид | 0,1 | 100 мг | 18000 мг |
| | | Азатиоприн | 0,1 | 100 мг | 18000 мг |
| | | Метотрексат | 0,7 | 10 мг | 260 мг |
| | | Циклоспорин | 0,1 | 200 мг | 36000 мг |
| Средства для профилактики и лечения инфекций | | | 0,7 | | |
| | <i>Антибиотики</i> | | | | |
| | | Азитромицин | 0,8 | 375 мг | 5250 мг |
| | | Кларитромицин | 0,2 | 1 г | 14 г |
| | | Цефтриаксон | 0,3 | 2 г | 28 г |
| Гормоны и средства, влияющие на эндокринную систему | | | 1 | | |
| | <i>Неполовые гормоны, синтетические субстанции и антигормоны</i> | | 1 | | |
| | | Преднизолон | 1 | 40 мг | 960 мг |
| Средства для лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта | | | 0,8 | | |
| | <i>Средства для лечения заболеваний, сопровождающихся эрозивно-язвенными процессами в пищеводе, желудке и двенадцатиперстной кишки</i> | | 1 | | |
| | | Омепразол | 0,5 | 20 мг | 600 мг |
| | | Рабепразол | 0,5 | 20 мг | 600 мг |
| Средства для лечения остеопороза | | | 1 | | |
| | <i>Стимуляторы костеобразования</i> | | 0,5 | | |
| | | Кальцитонин | 0,5 | 57МЕ | 8693МЕ |

* — анатомо-терапевтическо-химическая классификация.

** — ориентировочная дневная доза.

*** — эквивалентная курсовая доза.

Книги издательства «НЬЮДИАМЕД» можно приобрести:

- магазин «Дом медицинской книги» — метро «Фрунзенская»;
- магазин «Московский дом книги» — метро «Арбатская»;
- магазин «Книга и здоровье» — метро «Беговая»;
- заказать через электронный магазин медицинской литературы <http://www.zdravkniga.net/>;
- в издательстве по тел.: (095) 118-74-74, E-mail: mtpndm@dol.ru

Как получить нашу газету? БЕСПЛАТНО!

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

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

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

Купон высылайте в конверте по адресу:

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

Начало на стр. 4

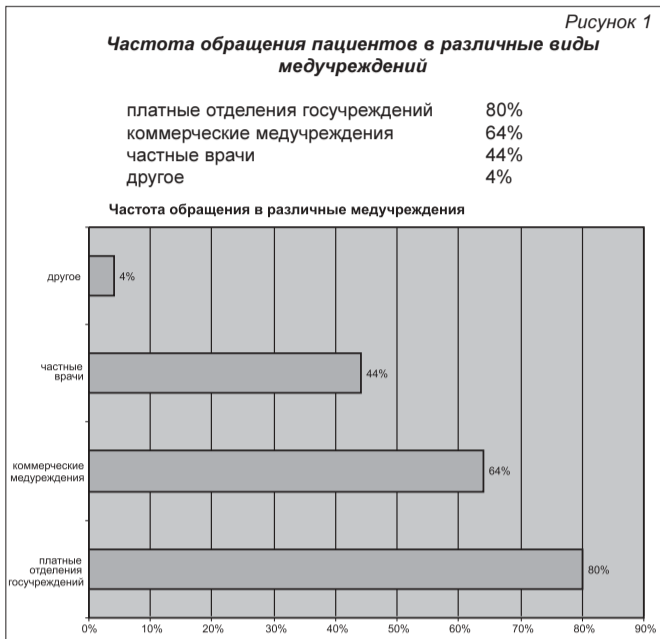
достаточно весомая доля респондентов считает, что при оплате услуг они более быстро получают необходимую медпомощь. В коммерческом секторе этот показатель составил от 32% до 39%, в некоммерческом (неформальные платежи) — почти 40%.

Второе — одним из основных мотивов отказа от платных услуг в коммерческом секторе является высокая цена (45—59% ответов), в то время как в некоммерческом секторе этот показатель составляет порядка 11%. В отношении последнего следует оговориться: в данном случае пациент все равно платит, но сумма неформального платежа ниже официального. Таким образом, население, готовое платить за медслужбы официально или неформально, в первую очередь ждет более качественных услуг и сервисных составляющих. Однако их оценка, в конечном итоге, будет проводиться по субъективным критериям. Объективных же исследований по этому вопросу практически нет. Ответить на вопрос, — «Платная медицина — это альтернатива «бесплатной» (с учетом неформальных платежей)?» — однозначно нельзя. Потребительское поведение в обоих секторах практически одинаковое. Решение платить за медслужбы основано на одинаковых субъективных ожиданиях и в коммерческом и в условно некоммерческом сегменте. И на сегодняшний день пациент некоммерческого сектора, использующий неформальные платежи для оплаты медслужб, является потенциальным клиентом для частного сектора и наоборот, клиенты коммерческого сектора также легко могут перейти в систему неформальных платежей. Можно лишь предположить, что в будущем перевес того или иного сектора будет зависеть от грамотной маркетинговой активности. Конечно же, это предположение неправомерно для некоммерческого сектора, но с учетом наличия стабильной практики неформальных платежей можно предвидеть и такой вариант развития событий.

Коммерциализация медслужб

Ну вот и добрались до вопросов: «Быть или не быть?» и «Кто же это будет?». Ответ на первый вопрос очевиден — платная медицина в нашей стране существует и востребована. Второй вопрос, больше волнующий аналитиков, подлежит более детальному изучению. С одной стороны, часть рынка медслужб приходится на госучреждения (выполнение гарантий + неформальные платежи). С другой стороны — истинно коммерческий сектор предлагает то же и плюс нечто большее. Например, передовые, не всегда доступные в компенсаторных системах, технологии и сервис. В настоящий момент совершенно очевидно, что сам факт выхода на коммерческий рынок медслужб наиболее привлекательно выглядит для госучреждений — ресурсов более чем достаточно. Однако ощущается нехватка менеджмента. Частные же инициативы сталкиваются с различными барьерами — административными, финансовыми и т. д. Тем не менее частный сектор развивается и растет. Но... что ждет его впереди? Сегодня однозначно можно выделить такую тенденцию, как симбиоз государственных и частных предприятий, точнее дублирование «бесплатных» медслужб платными на базе государственных ЛПУ. В качестве примера можно взять такие области, как кардиология, гинекология, стоматология

или урология. На базе всех этих институтов оказываются платные медслужбы. При этом доля коммерческих услуг в госучреждениях достаточно высока. С точки зрения развития рынка, такой симбиоз выгоден только для госучреждений. Для частного сектора такое явление «убийственно». И конкуренция в данном случае будет выглядеть как бой с тенью. Как отмечают аналитики компании BusinessVision, ведущим критерием для выбора того или иного медучреждения является его репутация. Соответственно, можно выделить еще один важный критерий, влияющий на развитие рынка платных медслужб, — это лояльность потребителя к тому или иному медучреждению (рис. 1).



Как видно из рисунка, потребители отдают большее предпочтение платным отделениям государственных учреждений. При этом нельзя сказать, что коммерческие медучреждения являются аутсайдерами. Разрыв между ними и госучреждениями не так велик, и можно предположить, что с течением времени он будет сокращаться. Тем не менее, высокая востребованность платных услуг в госучреждениях может стать одним из ключевых факторов дальнейшей коммерциализации отрасли и развития рынка медслужб в целом. Сам по себе критерий «лояльности» свидетельствует не только о наличии рынка, но и о конкуренции — борьбы за потребителя. При этом сегодня государственный сектор ведет бой посредством «знакового ВСЕМ» имиджа ЛПУ и опинион-лидеров, а частный — за счет сервиса, рекламы и некоего «нового» имиджа. Что из этого выйдет — покажет время. Сейчас можно лишь констатировать сам факт наличия конкуренции между коммерциализированным государственным и частным сектором рынка платных медслужб. В дальнейшем перевес в ту или иную сторону видимо будет обусловлен таким критерием, как «качество по факту оказания медицинской услуги».

Врачебные ошибки существуют столько, сколько существует сама профессия врача. Исследование Шиммела в 1960-х годах показало, что 20% больных в больницах США страдают от ятрогении. Документы, изученные за 20 лет в США, Австралии, Украине и других странах, показали, что ятрогении являются большой проблемой во всех странах. Было выявлено, что большинство ятрогений являются ошибками медицинского персонала. Нашумевшие случаи, такие как Бристольское расследование в детской кардиохирургии в Великобритании, и аналогичное расследование Winnipeg в Канаде, повлияло на мышление людей и изменило ход политики. Правительства в некоторых странах признали существование данной проблемы, и призвали к неотложным мерам по повышению безопасности пациентов.

Врачебная ошибка: молчим или обсуждаем?

Финансовая сторона врачебных ошибок включает расходы на дополнительное лечение и дополнительное пребывание в больнице. В Британии стоимость предотвращаемых неблагоприятных эффектов оценена в 1 миллиард фунтов стерлингов в год только из расчета койко-дней. Необходимо также учитывать стоимость потерянного рабочего времени, инвалидизации и общий экономический ущерб. Но самое важное — чувства, а зачастую и жизнь больного деньгами не измерить. Пациенты страдают от боли и нанесенной психологической травмы, переживают неудачу в лечении, как страшное предательство. Удивительно, что пациент, особенно нуждающийся во внимании, часто становится жертвой врачебной ошибки или ятрогении.

Последствия несчастного случая имеют глубокие последствия для медицинского работника: он может переживать вину, позор, впадать в депрессию из-за совершенной ошибки. В некоторых случаях врачи или сестры могут становиться раздражительными, начинают искать выход в переходе в специальности с минимальными прямыми контактами с больными или же вообще уходят из медицины (ускоренное профессиональное выгорание). Реакция коллег может быть либо поддерживающей, либо осуждающей и скептической. Наконец, клиницисты имеют разные темпераменты и отношения к признанию своих ошибок. Для

высоко критичных людей допущенные ошибки могут быть особенно тяжело переживаемыми. Это подкрепляется медицинским образованием, традициями и культурой некоторых медицинских школ, которые подразумевают, что ошибка — неприемлема, а серьезная ошибка означает провал усилий или личности.

Вопросы личной ответственности и претензий еще более способствуют усложнению ситуации, так как вероятность совершения ошибки существенно образом определяется рабочей обстановкой и другими факторами. Молодые врачи, например, вынуждены самостоятельно находить выход из сложившейся ситуации, выходящей за рамки их компетентности. Молодой врач, работающей на передней линии помощи больным, может наследовать ошибки других и общих проблем системы здравоохранения. В таких ситуациях врач нуждается в совете и поддержке, а не в упреке и непонимании.

Обычно не принято спрашивать у докторов или сестер получили ли они поддержку после серьезных инцидентов. Один из немногих ученых, изучающих последствия серьезных инцидентов, Ньюман, обнаружил, что врачи понимают проблемы своих коллег, но по разным причинам им тяжело предложить свою поддержку и помощь. Новости о неблагоприятных исходах быстро распространяются. Это непосредственно вовлекает, в дополнение к чувствам стыда и беспокойства, также и чувство отчужденности. Тем не менее, некоторые приемы могут помочь уменьшить степень травмы и получить поддержку:

- Необходимо быть открытым и сообщать о совершенной ошибке и ее повторении. Особенно эффективно, когда своими прошлыми ошибками и проблемами делится старший коллега.
- Следует признаваться, что нуждаешься в совете, и это не является проявлением слабости. Врачи — стойкие люди, обычно все благодарны коллегам за поддержку в трудный момент.

Продолжение на стр. 8

ИнтерНьюс

Прогностическое значение стресс-эхокардиографии у больных диабетом

Пациенты, с сахарным диабетом, имеют 2—4-кратный риск инфаркта миокарда и смерти от сердечной причины в сравнении с больными без диабета. Между тем тесты с физической нагрузкой у диабетиков часто неинформативны из-за поражения периферических сосудов, нейропатии и высокой частоты артериальной гипертензии. Итальянские ученые решили сравнить диагностические возможности фармакологической стресс-эхокардиографии в риск-стратификации больных с сахарным диабетом и без него при подозрительной или установленной коронарной болезни сердца.

Из банка данных 2 клиник было первоначально отобрано 5566 пациентов, подвергнутых в 1986—2001 г. фармакологической стресс-эхокардиографии. Исключались больные с клапанными и врожденными пороками сердца, прогностически неблагоприятной внесердечной патологией (рак, хроническая почечная недостаточность, тяжелая обструктивная болезнь легких и т. п.) и неадекватным акустическим окном. 2% пациентов были утрачены из дальнейшего наблюдения. Из оставшихся 5456 участников 14% страдали сахарным диабетом. В 60% случаях была выполнена стресс-эхокардиографии с дилпиридамолом, в 40% — с добутамином. Стресс-эхокардиография проводилась на фоне антиангинальной терапии (36% пациентов) и без нее (74%) по стандартным протоколам. Ишемия миокарда была индуцирована у 37% пациентов, в том числе у 41% лиц с сахарным диабетом и у 37% без сахарного диабета. Ишемия чаще возникала у больных, имеющих исходные нарушения сократимости миокарда (48% против 28% без локальных нарушений). Во время пробы у пациентов с сахарным диабетом и без него индекс нарушенной локальной сократимости миокарда увеличился в одинаковой степени (соответственно с 1,28 ± 0,31 до 1,56 ± 0,33 и с 1,27 ± 0,31 до 1,54 ± 0,33) при сходном количестве ишемизированных сегментов (соответственно 2,54 ± 1,51 и 2,58 ± 1,50).

Рубцовое поражение миокарда отмечено у 31% диабетиков и у 24% больных без диабета. За время наблюдения зарегистрировано 411 случаев смерти и 236 инфарктов миокарда, в том числе 132 события у больных с сахарным диабетом и 515 — без него (18% против 11%). Данные межгрупповые различия отмечены как у лиц моложе 65-летнего возраста (16% против 9%), так и старше 65 лет (19% против 14%). В обеих группах неблагоприятные исходы чаще встречались у пациентов с положительной стресс-эхокардиографической-пробой: у диабетиков — 20% против 12% при отрицательном тесте, у лиц без диабета — 14% против 6% соответственно. Коронарная реваскуляризация проведена у 29%, в том числе у 35% пациентов с сахарным диабетом и у 28% лиц без него. Ежегодная частота неблагоприятных событий среди больных с сахарным диабетом была значительно выше, чем у недиабетиков, как в подгруппе с исходно установленной коронарной болезнью (8,5% против 4,7%), так и без анамнеза коронарной болезни (6,0% против 2,2%).

Авторы полагают, что у лиц с сахарным диабетом при отрицательном стресс-эхокардиографическом тесте необходима периодическая оценка миокардиальной ишемии.

Источник:

J. Am. Coll. Cardiol. Feb. 7, 2006; 47: 605—10

Вышел в свет протокол ведения больных «Инсульт»

Большим коллективом авторов создан качественный, подробный медицинский документ, позволяющий врачу любого звена оказывать пациентам с инсультом высококвалифицированную помощь. Протокол предусматривает, кроме стандартных разделов, дополнительную информацию для пациента и членов его семьи, памятку по уходу за больным инсультом, карту пациента, анкету пациента, шкалу исходов.

Источник:

Проблемы стандартизации в здравоохранении, 2006, № 3

ИнтерНьюс

Изобретена интеллектуальная таблетка

Инженер-электронщик из Университета Калгари Уэль Бадави изобрел интеллектуальную таблетку (intelligent Pill-iPill), которая может оценивать состояние пациента и высвобождать необходимое ему количество лекарственного препарата. Таблетка может быть запрограммирована и на выделение лекарства через определенные интервалы времени. Принцип работы iPill следующий: информация с датчиков-сенсоров приходит на чип, который управляет в свою очередь микронасосами, выделяющими дозы препарата. Таблетка проходит желудочно-кишечный тракт за 6—8 часов и выводится из организма с калом в течение 3 дней. В ближайшие 2 года изобретатель надеется начать испытания на животных, а через 4—5 лет получить разрешение на клинические исследования. Предполагаемая цена одной таблетки 10—20 центов.

Источник:
Riktamed.ru

Рост продаж лекарственных средств на мировом рынке замедляется

Продажи лекарственных препаратов за 12 месяцев выросли к марту этого года на 5%. Продажи через розничные аптеки на 13 ведущих рынках, которые составляют более чем две трети мирового рынка, достигли 372 млрд. долларов США. Общемировой рост продаж лекарственных препаратов в последние годы замедлился вследствие контроля за ростом расходов на здравоохранение, а также усиления конкуренции, которое испытывают производители оригинальных препаратов со стороны производителей генериков. Наибольший объем продаж пришелся на препараты для снижения уровня холестерина, продажи которых выросли на 7% и достигли 29 млрд. долларов.

Источник:
Pharmindex.ru

Навстречу празднованию 250-летия Московской медицинской академии имени И.М. Сеченова

Правительство Российской Федерации Распоряжение от 3 июля 2006 года № 954-р Москва

1. Принять предложение Минздравсоцразвития России, поддержанное Российской академией наук и Российской академией медицинских наук, о праздновании в 2008 году 250-летия одного из ведущих российских центров медицинского образования и медицинской науки — Государственного образовательного учреждения высшего профессионального образования Московская медицинская академия имени И.М. Сеченова Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию.

2. Минздравсоцразвития России совместно с заинтересованными федеральными органами исполнительной власти и организациями образовать организационный комитет по подготовке и проведению мероприятий, посвященных 250-летию Государственного образовательного учреждения высшего профессионального образования Московская медицинская академия имени И.М. Сеченова Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию, утвердить его состав, программу подготовки и проведения указанных мероприятий.

Председатель правительства
Российской Федерации
М. Фрадков

Начало на стр. 7 ➤

— На уровне министерств здравоохранения необходимо разработать свободные руководства (протоколы) для открытых дискуссий об ошибках.

— В тяжелых случаях необходимы предложения по обучению общению с пациентом и его семьей после несчастного случая.

— Обеспечивать знание соответствующих законов врачами и персоналом, которые помогут уменьшить беспокойство о законности действий.

— Предложение поддержки медицинским работникам после тяжелых травм. Это может быть просто неофициальная поддержка коллег. В особенно тяжелых случаях, возможных после смерти детей, официальное психологическое вмешательство может быть разным.

В то время как влияние неблагоприятных событий на медицинских работников может быть серьезным, для пациента и его семьи оно может быть катастрофическим. Реакция пациента усложняется необычным характером медицинской травмы, которая отличается от большинства других случаев по следующим направлениям. Во-первых, пациенту наносится вред от людей, которым он доверял. Во-вторых, часто помощь им оказывают те же люди, которые и нанесли травму. Поскольку пострадавшие пациенты напуганы происшедшим, они испытывают неприязненные чувства по отношению к медицинским работникам, даже если последние теперь оказывают поддержку и проявляют сочувствие. Пациент и его семья могут особенно сильно сдерживать эмоции, когда исходы серьезные, а взаимодействие с врачом происходило очень длительно.

Пациенты и их родственники переживают по двум причинам: во-первых, собственно от ошибки, во-вторых, от ее последствий. Многие люди, пострадавшие от собственно вреда — от неправильного лечения, страдают далее в еще большей степени от бесчувствия и неправильного обращения со сложившейся ситуацией и с больным. Когда медицинские работники ПРИЗНАЮТ свои ошибки, тем самым они УМЕНЬШАЮТ травму, наносимую больному. Пострадавшим пациентам необходимо объяснение, принесение извинений, понимание того, что в будущем можно будет избежать подобных ошибок. Также часто им нужна практическая и финансовая помощь. Это не значит, что пациент нуждается в необычном лечении или обращении с ним. Эти проблемы обычно появляются, когда обычные чувства перекрываются тревогой, стыдом и просто незнанием, что сказать.

Пациенты психологически уязвимы, даже когда диагноз ясен и лечение идет согласно плану. Даже обычные рутинные процедуры и нормальные роды могут вызывать посттравматические симптомы. Когда же пациентам наносится травма, реагирование больных становится особенно тяжелым. Травмирующие и жизне-угрожающие события вызывают развитие разнообразных симптомов. Внезапная опасность или непредсказуемые, интенсивные и неконтролируемые события наиболее часто приводят к психологическому стрессу, особенно, если человек болен, утомлен или в невротическом состоянии. Сохранение сознания в наркозе — пример такого события. Когда люди испытывают такой ужасающий стресс, даже кратковременный, то впоследствии они страдают от тревоги, неприятных мучительных воспоминаний, становятся отчужденными. Почти каждый испытывает такие воспоминания после стрессовых ситуаций, таких как развод или потеря члена семьи, но эти воспоминания постепенно стихают. Однако после тяжелой травмы такие воспоминания могут быть интенсивными, длительными и вызывать серьезные переживания. В некоторых случаях тяжесть удара может быть более выражена спустя некоторое время. Перфорация кишечника, например, может потребовать последующих оперативных вмешательств и длительного стационарного лечения. Дальнейшими последствиями могут быть хроническая боль, инвалидность и депрессия, что в свою очередь влияет на семейные взаимоотношения и работоспособность. Разовьется ли депрессия у травмиро-

ванных пациентов, и до какой степени, будет зависеть от тяжести травмы, поддержки родственников, друзей, медицинских работников и других факторов.

Когда пациент умирает, эмоциональное потрясение для родных очевидно сильнее, и возможно еще больше, если был шанс избежать этого. Например, многие, кто потерял ребенка или супруга в автокатастрофе, продолжают думать о случившемся, и о возможности предотвращения случившегося, в течение многих лет после. Они часто не принимают и не могут смириться с потерей. Близкие люди особенно тяжело переживают потерю родственника, когда узнают, что неправильное лечение привело к его гибели.

Пациенты и не только они страдают от непредвиденных ситуаций, поэтому хотели бы быть полностью информированными о возможных осложнениях и исходах его заболевания. В исследованиях, как качественно, так и количественно установлено, что врачи в целом недооценивают информацию, которую пациенты хотели бы получать (знать) об ошибках и отрицательных исходах. Клиницисты хотят быть более открытыми, но их беспокоит возможное неодобрение со стороны коллег, жалобы и осуждения, гнев со стороны пациентов и их родственников. Проблемы, конечно, возникают, но в меньшей степени, чем от попыток сокрытия и излишне оборонительной позиции. Недостаток объяснения пациентам возможных неблагоприятных последствий — главная причина осуждения и источника гнева со стороны больных. Напротив, открытость с пациентами может изменить их реакцию и создать обстановку доверия. Когда происходят ошибки или неблагоприятные исходы, доктора должны стремиться обсудить ситуацию с пациентом или членами семьи открыто и честно. Инициативы отдельных клиницистов и управляющих уровнем риска должны быть мощно поддержаны руководством учреждения и его политикой. Странно будет ожидать от любого клинициста честности и открытости, касательно проблем и происшествий, если это сопровождается карающими санкциями со стороны руководства. Ясно, что существует этическая необходимость информировать пациентов об отрицательных исходах, но страх легальных действий и привлечения средств массовой информации могут служить отрицательными стимулами. Тем не менее, те организации, которые следуют по пути открытости, не оказались засыпанными судебными исками и убедительно доказывают другим, что следовать этому примеру необходимо.

Каждая нанесенная травма для пациента является его собственной проблемой. Некоторые из них нуждаются в профессиональной помощи, другие предпочитают помощь от семьи и друзей. Некоторые первым делом нуждаются в повторном медицинском лечении, другие, в свою очередь, в психологическом воздействии. В первую очередь необходимо верить тем людям, которые говорят, что лечение нанесло им вред, по крайней мере, в первой инстанции. У пациента может быть информация о недостатках полученной медицинской помощи. Если страхи беспочвенны, хорошее и доброжелательное объяснение — неотъемлемая часть терапии. Игнорирование пугает пациента и может отрицательно сказаться на его лечении. Необходимо говорить честно и открыто обо всем что происходит, и что необходимо сделать по предотвращению повторения ошибки. Недостатки объяснений и принесенных извинений, могут восприниматься критично и оскорбительно, а также могут стать мощным источником недовольства и судебных разбирательств. Необходимо гарантировать постоянную заботу и продолжение терапии. После ятрогенной травмы пациент и его семья нуждаются в поддержке не меньше, чем врач, хотя все-таки пациент и врач могут чувствовать желание отдалиться друг от друга. Важно задать вопросы об эмоциональной травме, особенно пациентам, беспокоящимся о предстоящем лечении. Необходимо предпринять все меры по быстрому обеспечению практической и финансовой помощи пострадавшему пациенту.

По материалам:
International Journal of Risk & Safety in Medicine
Подготовил Влас Аниский

Программа заседаний МГНОТ на октябрь 2006 г.

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

| Дата, автор | Тема, аннотация |
|--|--|
| 25 октября 2006 года, среда в 17.30 1. Проф. Н.А. ТОМИЛИНА, к. м. н. Е.Г. КИМ, проф. Г.Е. ГЕНДЛИН, проф. В.В. ЧЕСТУХИН, д. м. н. Б.Л. МИРОНКОВ, проф. Е.Н. ОСТРОУМОВ, С.В. БАДЮКОВА, Д.А. ЖИДКОВА (НИИ трансплантологии Росздрава, РГМУ). | Хроническая болезнь почек и сердечно-сосудистые заболевания. Хроническая болезнь почек рассматривается как фактор риска ускоренного развития кардиоваскулярной патологии, которая существенно увеличивается при умеренном снижении функции почек и далее значительно возрастает по мере прогрессирования почечной недостаточности, достигая максимума на стадии заместительной почечной терапии. Как следствие — кардиоваскулярная летальность больных ХПН многократно превышает таковую в общей популяции. В докладе рассматриваются факторы риска, патофизиологические механизмы, подходы к профилактике и лечению двух основных вариантов кардиоваскулярной патологии при ХПН: гипертонии миокарда левого желудочка и ИБС. Опыт хирургического лечения ИБС после трансплантации почки (клиническая демонстрация). |
| Секционные заседания | |
| Секция клинической геронтологии и гериатрии в конференц-зале МГКБ № 60 (шоссе Энтузиастов, 84/1, корпус 1, 2 этаж) | |
| 26 октября 2006 года, четверг в 15.00 Проф. С.Р. ГИЛЯРЕВСКИЙ. | Применение статинов у лиц пожилого возраста. |
| Секция профилактической медицины и профессиональных болезней В конференц-зале клиники нефрологии, внутренних и профессиональных болезней им. Е.М. Тареева, ул. Россолимо, 11-а | |
| 19 октября 2006 года, среда в 16.30 Г.К. БАРАШКОВ. | Микроэлементы в терапевтической практике: к методологии лабораторного контроля, клинической интерпретации и лечебно-профилактических мероприятий. |
| Секция неотложной терапии. Расширенное заседание МГНОТ с участием врачей скорой помощи. В большом конференц-зале клинико-хирургического корпуса НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского (Сухаревская пл., 3, вход с Гроховского пер.) | |
| 24 октября 2006 года, вторник в 16.00 Председатель: академик РАМН А.П. ГОЛИКОВ. 1. Доцент В.Ю. ПОЛУМИСКОВ. | Фитопротектор мексикор при лечении ишемической болезни сердца |

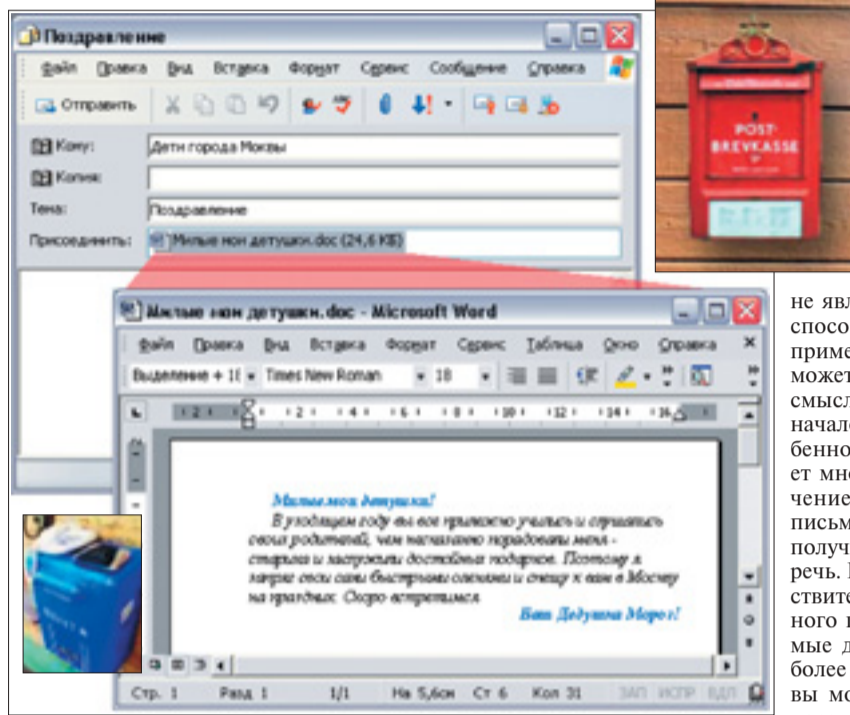
В дни секционных заседаний председатели секций и другие ведущие специалисты проводят консультации для врачей по интересующим их вопросам.

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

Правление МГНОТ

Электронная почта как вид связи, становится главным в современной рабочей среде, постепенно вытесняя бумажные носители. Миллионы людей во всем мире уже имеют электронные адреса, а деловой человек получает в среднем до 30–40 сообщений в день. На электронную почту мы можем реагировать слишком быстро. Скорость передачи электронных сообщений, помноженная на отсутствие невербальных проявлений, таких как язык тела, интонации и зрительный контакт, требуют от нас еще больше сдержанности и самоконтроля. А потому электронное пространство — не место для персональной критики и выяснения отношений.

ЭТИКА ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ



Как любой другой вид общения, электронная почта имеет свои правила этикета:

Отвечайте сразу. Одна из привлекательных сторон электронного послания — его почти мгновенная передача. Отправители сообщений по праву ожидают от нас такого же быстрого ответа. Если нет возможности ответить по существу вопроса в тот же день, по крайней мере, подтвердите получение сообщения и укажите срок, в течение которого дадите конкретный ответ. Если вы не имеете постоянного доступа к электронной почте, предупредите своих адресатов о возможной задержке ответа.

Будьте вежливы. Электронное сообщение имеет более неформальный характер по сравнению с факсами, служебными записками и деловыми письмами. Но кто сказал, что в виртуальном общении люди согласны на меньшее уважение к ним? Не забывайте про такие слова, как «здравствуйте», «до свидания» или «привет». Если Вы просите что-либо, не забывайте говорить «пожалуйста». Аналогично, если некто делает что-нибудь для Вас, никогда не бойтесь сказать «спасибо».

Ошибки. В электронных сообщениях допускаются опечатки. Однако много опечаток Ваши адресаты могут счесть не за невнимательность, а за неуважение. Плохо сформулированные и неграмотные сообщения плохо читаемы и являются потенциально непонятными. Тот факт, что электронная почта — быстрый способ связи, вовсе не означает, что она должна быть небрежной. А потому не считайте за труд и проверьте Ваше сообщение перед тем, как его отправлять. Минута, потраченная на исправление ошибок, работает на Вашу репутацию.

Заглавные буквы — только при необходимости. Вы можете использовать заглавные буквы в тексте для выделения важной информации, чтобы визуально привлечь к ней внимание адресата. Но весь текст, напечатанный заглавными буквами, утомляет и трудно читается. Согласно электронному этикету послания должны быть нейтральными. Заглавные буквы на Интернет-языке — это сверхэмоционально, означает, что вы кричите.

Короче. Сообщения не должны быть длинными и перегруженными деталями. Помимо того, что слишком сложная и плохо структурированная информация читается с трудом, длинный текст, а тем более объемные приложения, замедляют передачу и перегружают почтовый ящик адресата. Разбивайте Ваш текст на логически раздельные абзацы и используйте несколько коротких предложений вместо чересчур длинных.

Осторожней с юмором. В общении мы часто сопровождаем свои шутки соответствующей мимикой, жестами и интонациями, что облегчает понимание. В виртуальном общении Ваш юмор, который Вам кажется очень тонким, может быть воспринят как обидный сарказм или просто глупость.

Выдержка и еще раз выдержка. Электронные письма, написанные под влиянием эмоций, получили название «флэймов», от англ. — «flaming» (агрессивная, буйная атака). Это дурной тон. Не торопитесь саркастически или зло ответить на «flaming», лучше выдержите паузу. Может быть резкость письма вызвана настроением или разницей культур. Когда вы раздражены или рассержены, кажется, что нет более простого и безопасного пути выразить свои эмоции, как послать e-mail. Во-первых, написать можно то, что мы не решимся сказать лично, во-вторых, в этом случае нам не грозит мгновенная реакция, а в-третьих, по телефону нас могут не слушать, но послание прочтут обязательно. Но именно по этим причинам лучше воздержаться

от подобных действий. Остановитесь, отвлекитесь и подумайте еще раз. Не посылайте флэймов и не отвечайте на них! Большинство «электронных войн» можно погасить одним телефонным звонком.

Оформление. Всегда включайте поле «Тема» в ваше сообщение. Практически все мейлеры отображают эту строку при просмотре почтового ящика, и часто оно является тем самым ключом, по которому происходит поиск, сортировка или иные действия с электронными письмами. В случае, если вы отвечаете на чье-либо сообщение, но при этом изменяется основная мысль, которая обсуждается, измените соответственно и тему.

Лучше начинать обсуждение нового вопроса созданием нового письма. Тема письма — это красная нить смысла всего сообщения, поэтому изменение предмета обсуждения без изменения темы этого письма может привести к путанице и затруднениям.

Ответы: Цитируйте в своем ответе оригинальное сообщение в объеме, достаточном для того, чтобы можно было правильно восстановить контекст данного письма. Помните, что электронная почта не является таким же моментальным способом передачи мыслей, как, к примеру, телефон. Поэтому адресат может иногда просто не восстановить смысл вашего письма (если он забыл начало переписки на эту тему). Особенно это актуально, если он получает много писем каждый день. Включение нужных кусков исходного письма в ваше сообщение поможет получателю легко понять, о чем идет речь. При этом цитируйте только действительно ключевые фразы исходного письма, минимально необходимые для поддержания смысла. Наиболее раздражающая вещь, которую вы можете встретить в электронной переписке — это цитирование вашего же 5-страничного письма, возвращенного с припиской «Я тоже!».

При ссылке какого-либо важного запроса, на который вы ожидаете реакции получателя, убедитесь в том, что вы направили достаточно информации для того, чтобы сделать ответ возможным.

Адрес: Тщательно следите за тем, кому адресовано Ваше письмо, т. к. могут возникнуть неприятные для Вас ситуации при случайной отсылке личного сообщения в мейл-лист (конференцию) (т. е. нескольким получателям сразу); и обычно это не нравится также и членам мейл-листа (конференции). Всегда помните, что не существует такой вещи, как безопасная почтовая система. Неразумно посылать очень личную или важную информацию электронной почтой (номера своих кредитных карточек, данные документов). Запомните, что всегда есть вероятность того, что Ваше приватное сообщение тем или иным путем может попасть «не к тем людям».

Подпись: Всегда используйте подпись: во многих почтовых системах, особенно там, где почта проходит несколько шлюзов (при этом могут теряться иные ваши идентификаторы, а как-то: поля «Отправитель», «Тема» и т. д.), Ваша подпись может стать единственным признаком, который сможет поведать получателю, кто вы. Кроме того, это просто вежливо.

Эмоциональное оформление: Интернет многие годы решает проблему отсутствия языка жестов с помощью так называемых «улыбающихся лиц» («смайликов»), или комбинацией символов, призванных передать выражение человеческого лица (повернутого набок). Наиболее распространены следующие «смайлики»:

- :-) или :) Улыбающееся лицо (развернутое на 90 градусов против часовой стрелки); обычно используется, чтобы указать веселье или то, что фраза будет смешливой или иронической.
- :(или :(Несчастное лицо; обычно используется для выражения разочарования или печали.
- ;-) Подмигивающее улыбающееся лицо; обычно указывает на то, что нечто высказано «с намеком», «подколкой».
- ;-> Вредное или озорное лицо; обычно указывает, что комментарий должен быть вызывающим или едким.

Используйте «смайлики» аккуратно, дабы не исказить смысла фраз.

Поскольку родиной Интернета были США, общение в web'e идет на английском. Во всем мире пользователи электронной почты часто пользуются следующими сокращениями, или акронимами.

- BTW — By the Way (между прочим)
- IMHO — in my humble opinion (по моему скромному мнению)
- CU — See you (увидимся)
- IC — I see (понятно)
- ILUVM — I love you very much (я тебя очень люблю)
- RTFM — read the manual (читай инструкцию, т. е. изучи вопрос сам)
- TIA — thanks in advance (заранее спасибо)
- ROTFL — rolling on the floor laughing (катаюсь по полу от смеха)
- ILSHIBAMF — I laughed so hard I broke all my furniture! (я так смеялся, что сломал всю мебель).

Создав свое электронное сообщение, прочтите его перед отправкой, и спросите себя самого о том, как бы вы отреагировали на такое письмо, получив его. Время, затраченное на то, чтобы сделать электронную почту корректнее — хорошо потраченное время!

Общий анализ от А. Власова

Сопредседатели секции:

- Савенков М.П.,
д.м.н., профессор, кардиолог
- Парфенов В.А.,
д.м.н., профессор, невролог

Программа заседания:

1. Основные доклады
2. Выступления оппонентов
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:

- Беленков Ю.Н.,
член-корр. РАН, академик РАН,
д.м.н., профессор
- Сандриков В.А.,
член-корр. РАН, д.м.н., профессор
- Глезер М.Г.,
д.м.н., профессор

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:

- Савенков М.П.,
д.м.н., профессор, кардиолог
- Парфенов В.А.,
д.м.н., профессор, невролог

Программа заседания:

1. Основные доклады
2. Выступления оппонентов
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»

Приглашение

«Переменяющаяся хромота: ограничения для хирургии перспективы для терапии»

12 октября 2006 года
Начало в 17.00
Вход по приглашениям

Начало на стр. 3 ↗

инфаркта миокарда появляются позже, биохимические изменения.

Академик РАН и РАМН А.И. Воробьев: Необходимо поставить такую тему на общест. Инфаркт миокарда документируется клиникой стенокардии, биохимическими показателями распада мышцы сердца. Если этого нет, а на кардиограмме стабильные в течение 2–3 недель более нарушения, то это не инфаркт. Т-инфаркт должен быть биохимически верифицирован. Я считал, что после работы Д.Д. Нечаева, В.Г. Попова, И.В. Мартынова этот вопрос закрыт. Они проверяли не только перфузию сердца радиактивным таллием, доказывая есть или нет некроз. Безобразия, когда диагноз «инфаркт миокарда» шьют больному с болями в сердце и отрицательными зубцами «Т» на кардиограмме и для опровержения требуют проведения коронарографии.

Заключение: Владимир Борисович точно сказал, что это рубежный доклад. Мы слушали оригинальный (свой) материал докладчика. Нельзя докладывать зарубежный литературный материал. Цифра смертности в 4% перекрывает все. Но не будет стентов, цифры будут другими. В известной мере, это был доклад главного кардиолога. Хотелось бы услышать этот доклад и в другом изложении. Антикоагулянтная терапия в течение последних 50 лет при инфаркте миокарда принципиально не изменилась. Гепарин + аспирин, плавикс. У нас может быть повышенное тромбообразование по плазменному пути и из-за гиперагрегальности тромбоцитов. Откуда у молодой женщины инфаркт? Это — «гиперкоагулянт», генетически предрасположенные к тромбозам. Там гепарин пойдет.

Здесь вскользь упомянут вопрос о перинфарктной зоне. Есть инфаркты, которые дают повторные ре-

цидивы (оценивается по зубцу Т). Пока ты не выведешь больного из гиперкоагуляции и не справишься с мелкими повторными некрозами в перинфарктной зоне, успеха не будет. ЭКГ не может характеризовать рубцевание. И.М. Сеченов говорил: «Сухая жила тока не дает». Снижение ST происходит за счет гипертрофии оставшихся волокон миокарда. В стране были санатории для больных, перенесших инфаркт миокарда. Санаторный этап — постепенная гипертрофия волокон перинфарктной зоны, восстановление коллатерального кровотока. Позвольте поблагодарить за великолепно сделанный доклад и сделать заявку на дальнейшие встречи.

**SCHWARZ
PHARMA**

SCHWARZ PHARMA AG
Россия, Москва, ул. Усачева 33/2, стр. 5
Тел. +7 495 9330282
Факс +7 495 9330283
www.schwarzpharma.com
www.medi.ru

ВАЗОНИТ® 600 мг ретард

Приглашение

«Сердце диабетика»

26 октября 2006 года
Начало в 17.00
Вход по приглашениям

Сорбифер® Дурулес®

Оптимальный препарат железа

Для лечения и профилактики железодефицитной анемии

Сорбифер® Дурулес® включён в новый "Перечень лекарственных средств, отпускаемых по рецепту врача при оказании дополнительной медицинской помощи отдельным категориям граждан, имеющим право на получение государственной социальной помощи"

Введён Приказом
Минздравсоцразвития
от 2 декабря 2004 года
№ 296.



Регистрационное удостоверение П № 011414/01 - от 29.07.2005

Представительство АО "Фармацевтический завод ЭГИС" (Венгрия) г. Москва
123442 Москва, ул. Красная Пресня, 1-7, тел. (495) 363-3966,
факс (495) 956-2229, <http://www.egis.ru>, e-mail: moscow@egis.ru
Региональные представительства:
Санкт-Петербург: (812) 444-1391, Ростов-на-Дону: (8632) 63-8667



Приглашение

«Можно ли скальпелем лечить артериальную гипертензию?»

(Успехи эндоваскулярной хирургии и консервативного лечения)

9 ноября 2006 года
Начало в 17.00
Вход по приглашениям

Вестник МГНОТ (бесплатное приложение для врачей к журналу «Клиническая геронтология»)

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

Редакционный совет: А.И. Воробьев (председатель редакционного совета), В.Н. Ардашев, З.С. Баркаган, А.С. Белевский, Ю.Н. Беленков, Ю.Б. Белоусов, Б.П. Богомолов, И.Н. Бокарев, В.И. Бурцев, Е.Ю. Васильева, В.А. Галкин, М.Г. Глезер, Е.Е. Голин, А.П. Голиков, Д.И. Губкина, Н.Г. Гусева, Л.И. Егорова, В.М. Емельяненко, Р.М. Заславская, Г.Г. Иванов, В.Т. Ивашкин, А.В. Калинин, А.В. Калыев, С.В. Карпова, М.И. Кечкер, А.И. Кириенко, В.М. Ключев, Ф.И. Комаров, Б.М. Корнев, Л.Б. Лазебник, В.И. Маколкин, И.В. Мартынов, А.С. Мелентьев, А.А. Михайлов, В.С. Моисеев, В.Е. Ноников, Н.А. Мухин, Е.Л. Насонов, В.А. Насонова, В.Г. Новоженков, Л.И. Ольбинская, Н.Р. Палеев, М.А. Пальцев, В.А. Парфенов, А.В. Погожева, А.В. Покровский, В.И. Покровский, Н.П. Потехин, А.Л. Раков, М.П. Савенков, В.Г. Савченко, В.В. Серов, В.Б. Симоненко, А.И. Синопальников, В.С. Смоленский, Г.И. Сторожаков, А.Л. Сыркин, В.П. Тюрин, А.И. Хазапов, Е.И. Чазов, А.Г. Чучалин, Л.В. Циганова, В.В. Цурко, Т.В. Шишкова, Н.А. Шостак, А.В. Шлектор, Н.Д. Ющук, В.Б. Яковлев

Газета распространяется среди членов Московского городского научного общества терапевтов бесплатно

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

Телефон (495) 118-7474, e-mail: mtpndm@do1.ru www.zdrav.net

Отдел рекламы (495) 729-97-38

При перепечатке материала ссылка на Вестник МГНОТ обязательна. За рекламную информацию редакция ответственности не несет.