



ПРЯМАЯ РЕЧЬ

С каждым годом процент пожилых больных в хирургических отделениях возрастает. И это не удивительно — по данным ООН, количество лиц пожилого и старческого возраста в мире в 1975 г. составило 350 млн человек, в 2000 г. — 590 млн, к 2010 г. — увеличится до 1100 млн. Пяту часть населения России составляют люди пожилого возраста, из них около 11% (3,3 млн) — старше 80 лет. Среди населения Москвы доля лиц старше 60 лет составляет 20%, а доля лиц старше 65 лет в 1998 г. составила 14,9%. В течение ближайших двух десятилетий ожидаемая продолжительность жизни в Москве составит 69,9 лет.

Старение организма — это универсальный процесс постоянного снижения уровня функционирования сложной открытой, самообновляющейся системы, затрагивающей все уровни ее организации, вследствие изначально присущих целостной системе данного организма свойств снижения процесса самообновления всех ее компонентов. Справедливо мнение И.В. Давыдовского, что говорить о причине старения неправомерно, а о старении можно говорить как о таком же периоде, как и детство. Но во всех случаях старение проявляется снижением устойчивости организма ко всем внешним и внутренним факторам и снижением способности самообновления на всех структурных уровнях. Старение — это не болезнь, однако развившиеся морфофункциональные изменения оказывают существенное, чаще отягчающее, влияние на течение основного заболевания.

Проявления заболеваний у пожилых не всегда можно систематизировать в рамках известных нозологических форм. И это особенно значимо при заболеваниях, требующих хирургического лечения. Причины трудностей диагностики у пожилых: атипичное течение болезней с отсутствием характерных симптомов; латентное течение заболевания с минимальными клиническими проявлениями; нередко случаи асимптомного течения заболевания (безболевы формы ишемической болезни сердца, перфорации полых органов); полиморбидность — наличие нескольких заболеваний у одного больного; отсутствие острого дебюта заболевания, приводящее к отказу от госпитализации, а иногда и необходимой хирургической операции; проявления социально-психологической дезадаптации у пожилых, в том числе различные психические нарушения: от депрессии (20–60% пациентов с соматическими расстройствами) до «мягкой» деменции и более тяжелых проявлений энцефалопатии.

Перечисленные трудности правильного установления диагноза могут явиться причиной того, что носит название ненамеренной профессиональной ошибки (medical error — МЕ), которая может стать причиной юридической ответственности. Типичным примером такой ошибки является неверный диагноз, выбор неправильной лекарственной терапии, полипрагмазия, проведение необоснованной хирургической операции или воздержание от нее.

Прогресс хирургии открыл новые перспективы и возможности оперирования больных преклонного возраста. Я работаю хирургом 55 лет и хорошо помню, что раньше пациент 70-ти лет рассматривался как очень «опасный» по рискам хирургических операций. Сегодня мы оперируем 80–90-летних. Однако, выбирая хирургическую операцию как наиболее целесообразный и обоснованный способ лечения, необходимо помнить об особенностях биологии старения и морфофункциональных изменениях стареющего организма. Принятие решения о хирургической операции у пациентов пожилого возраста — акт большой моральной и юридической ответственности. Вопрос о переносимости самой операции в каждом конкретном случае решается индивидуально на основании тщательной оценки всех систем жизнеобеспечения организма с

учетом клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования и привлечением к обсуждению специалистов смежных специальностей: терапевта, кардиолога, невролога, эндокринолога, но прежде всего анестезиолога и реаниматолога. Определяя показания к операции у пожилых, следует помнить, что согласно статистическим данным, у 25% больных, оперированных в преклонном возрасте, после вмешательства наблюдаются различные осложнения: метаболические нарушения, расстройства кровообращения и токсические воздействия, связан-

Выбор адекватного метода обезболивания во многом определяет безопасность хирургической операции.

ми изменениями и функциональными нарушениями (1 балл); органические заболевания со стойкой декомпенсацией (1,5 балла); сочетание общих органических изменений со стойкими функциональными нарушениями (2 балла)

• Возраст: до 50 лет (0 баллов); 51–60 лет (0,5 баллов); 61–70 лет (1 балл); старше 70 лет (1,5 балла)

• Степень риска: I степень — очень малый (1,5–2 балла); II степень — небольшой (2,5–3 балла); III степень — умеренный (3,5–4 балла); IV степень — большой (5–6,5 балла); V степень — крайне высокий (7–9,5 балла)

Выбор адекватного метода обезболивания во многом определяет безопасность хирургической операции. Многие годы методом выбора у пожилых является эндотрахеальный наркоз, который соответствует основному правилу: чем тяжелее общее состояние больного, тем больше показаний к анестезии с применением ИВЛ в режиме нормовентиляции. Однако изучение патофизиологии операционной травмы показало, что наиболее важным для определения реакции организма на эту травму является изучение стресс-ответа, под которым понимают совокупность патофизиологических процессов, вызванных изменениями метаболизма и воспалительными (иммунными) реакциями, индуцированными оперативным вмешательством. Углубленное изучение патофизиологии периоперационного периода привело к тому, что первоначальная вера в адаптационную мудрость организма сменилось концепцией минимального подавления стресс-ответа. С точки зрения патофизиологии операционной травмы при выборе обезболивания хирургической операции у пожилых, если есть возможность выбора, то при прочих равных условиях преимущество следует отдавать регионарным методам обезболивания. Достаточно убедительные данные с позиции доказательной медицины о частоте серьезных осложнений спинальной и эпидуральной анестезии приводит Augou Y. (1997)

Гериатрические аспекты хирургии

Профессор Б.С. Брискин

(Доклад на конференции

«Пожилкой больной. Качество жизни»)



ных не столько с заболеванием, явившимся показанием к операции, сколько с возрастными изменениями, о которых речь шла в начале. Хирургический риск определяется многими факторами: состоянием пациента; наличием сопутствующих заболеваний, прежде всего коронарной патологией, гипертонической болезнью, пороком сердца, легочным сердцем, анемией, сахарным диабетом, бронхиальной астмой, ХОБЛ, пневмонией и др.; нарушениями иммунитета при старении, которые характеризуются прежде всего снижением иммунного ответа на чужеродные агенты и расширением спектра и частоты аутоиммунных заболеваний; характером и объемом операции, ее возможной продолжительностью; выбором обезболивания. Основные факторы риска лежат в основе различных классификаций.

Классификация операционного риска (по Малиновскому — 1973)

• Объем операции: небольшой (1 балл); умеренный (2 балла); значительный (3 балла); особые условия, повышающие ее риск (4 балла)

• Хирургическая патология: неосложненные хронические доброкачественные новообразования (0,5 балла); неосложненные острые злокачественные новообразования (1 балл); осложненная хирургическая патология (1,5 балла); крайне тяжелая осложненная хирургическая патология (2 балла)

• Сопутствующие заболевания: преимущественно функционального характера (0,5 балла); с органически-

Старение — это не болезнь, однако развившиеся морфофункциональные изменения оказывают существенное, чаще отягчающее, влияние на течение основного заболевания.

Принятие решения о хирургической операции у пациентов пожилого возраста — акт большой моральной и юридической ответственности.

Классификация операционно-анестезиологического риска (по Г.А. Рябову)

Степень риска операции и анестезии	Состояние больного, вид операционного вмешательства, наличие сопутствующей патологии и степень компенсации органов и систем
I	Соматически здоровые пациенты, подвергающиеся таким плановым оперативным вмешательствам, как аппендэктомия, грыжесечение, секторальная резекция молочной железы, а также выскабливание полости матки, гинекологические пластические операции, зубооральные манипуляции, вскрытие гнойников, диагностические процедуры
IIA	Соматически здоровые пациенты, подвергающиеся более сложному оперативному вмешательству типа холецистэктомии, операции по поводу доброкачественных опухолей гениталий и др.
IIB	Пациенты с полностью компенсированной патологией внутренних органов, подвергающиеся операциям, указанным в категории I
IIIA	Больные с полной компенсацией патологии внутренних органов, подвергающиеся сложному обширному вмешательству (резекция желудка, гастрэктомия, операции на кишечнике и т. д.)
IIIB	Больные с частично компенсированной патологией внутренних органов, подвергающиеся малым оперативным вмешательствам
IV	Больные с комбинацией глубоких общесоматических расстройств (острых и хронических, вызванных, например, инфарктом миокарда, травмой, шоком, сепсисом, перитонитом, массивным кровотечением, эндогенной интоксикацией и др.), подвергающиеся крупным хирургическим вмешательствам, которые при перечисленной патологии в большинстве случаев выполняются в экстренном порядке и по жизненным показаниям

ИнтерНьюс

Умнее — живешь дольше

Полезность хорошего образования и хорошей работы в очередной раз доказали исследования финских медиков, показавшие, что за последние 20 лет разница в состоянии здоровья у представителей разных социальных слоев стала более заметной. В частности, специалисты Министерства здравоохранения и социального обеспечения Финляндии установили, что 35-летний служащий с высшим образованием имеет лучшие показатели состояния здоровья по сравнению со своим ровесником-рабочим. В этой связи представители первой категории, как правило, живут на 6 лет дольше. У женщин разница оказалась не столь заметной, и продолжительность жизни бизнес-леди или государственной служащей прогнозируется лишь на 3,3 года дольше, чем у ее ровесницы из «низов» общества. Видимо, люди с более высоким социальным статусом ответственнее подходят к соблюдению рекомендаций по здоровому образу жизни, тогда как в более бедных семьях люди чаще страдают от хронических заболеваний, больше курят и употребляют алкоголь. Ранее финские медики выявили также связь между местом жительства и склонностью к здоровому образу жизни. Жители столичного региона чаще соблюдают диету и занимаются спортом, в провинции же многие продолжают по старинке есть нездоровую пищу. С другой стороны, столичные жители чаще злоупотребляют алкоголем, тогда как курение в стране Суоми становится все более провинциальной привычкой. В целом врачи констатируют, что финны, независимо от места жительства и уровня дохода, стали больше думать о своем здоровье и безопасности, чем в прошлые десятилетия.

Источник: АМИ-ТАСС

В Великобритании выдали первые лицензии на создание эмбрионов-химер

Британское агентство по искусственному оплодотворению и эмбриологии выдало первые лицензии на создание эмбрионов-химер из клеток животных и человека. Их получили две группы исследователей из Королевского колледжа Лондона и Университета Ньюкасла. В июне прошлого года комиссия по этике Британской академии медицинских наук признала этически приемлемым использование гибридных эмбрионов, полученных путем слияния ядер человеческих клеток в яйцеклетки животных — коров или кроликов. Такие эмбрионы могут стать альтернативным источником эмбриональных стволовых клеток, максимально приближенных по своим свойствам к человеческим. Ученые из Королевского колледжа Лондона намерены использовать клетки химерных эмбрионов при разработке экспериментальных методик лечения болезней Альцгеймера, Паркинсона и других заболеваний нервной системы. Исследователи из Ньюкасла изучают процессы дифференциации стволовых клеток в клетки различных тканей, чтобы научиться воспроизводить этот процесс в лабораторных условиях. Работающим с химерными эмбрионами ученым запрещено имплантировать их в матку животного или человека, кроме того, их необходимо уничтожить не позже, чем на 14-й день развития.

Источник: MedPortal

В прошлом году россияне потратили на лекарства более 200 миллиардов рублей

В 2007 г., по данным РМБС, объем розничного рынка готовых лекарственных средств в России вырос на 21% и достиг 213,9 миллиардов руб. в розничных ценах (164,4 миллиарда руб. в оптовых ценах), без учета программы ДЛО. Согласно отчету, рост фармацевтического рынка сопровождается сокращением объема реализации лекарственных средств в натуральном выражении. За прошедший год этот показатель сократился на 2% и составил 3,63 миллиарда упаковок. Сокращение связано с общей тенденцией перехода от дешевых устаревших препаратов к дорогостоящим, но и более эффективным и безопасным лекарствам нового поколения. Средняя стоимость упаковки лекарств возросла до 58,9 руб. (в 2006 году — 48,3 руб.). Средняя розничная наценка несколько сократилась и составила 30%. В 2007 г. средний российский потребитель потратил в аптеке 1 507 руб. Наиболее продаваемыми группами препаратов по-прежнему остаются антибактериальные средства, анальгетики, иммуностимуляторы, витамины, половые гормоны, противовоспалительные и противоревматические препараты, средства от простуды и кашля. Как отмечается в документе, темпы роста рынка готовых лекарственных средств по-прежнему опережают рост доходов населения России (в 2007 г. — 10,4%) и рост оборота всей розничной торговли (15,2%).

Источник: MedPortal

Агентством Международного развития Соединенных Штатов (USAID) 25 февраля—1 марта был организован курс по доказательной медицине в Баку для специалистов, которым предстоит разрабатывать клинические рекомендации.

Разработка клинических рекомендаций на доказательствах, рассматривается в настоящее время в Азербайджане как важное направление совершенствования здравоохранения. Собственного опыта в этой области в республике пока нет. Курс по доказательной медицине проводили проф. В.В. Власов и д. м. н. М.В. Авксентьева. Специалисты, приглашенные для участия в курсе, в течение недели изучали подхо-

Курс по медицине доказательств в Азербайджане



ды к систематическому поиску, критическому анализу и обобщению доказательств эффективности и безопасности медицинских технологий, основные принципы формирования клинических рекомендаций. Благодаря предоставленной возможности использовать во время обучения Интернет-ресурсы, все участники смогли на практике закрепить полученные знания. Выбрав актуальный для себя клиниче-

ский вопрос, они проводили поиск и анализ научных данных в целях получения обоснованного ответа. Темы, выбранные участниками курса для исследования, были бы интересны и для российских коллег: применение вакцинации и противовирусных средств для профилактики гриппа, целесообразность аденоидэктомии у детей с рецидивирующим средним отитом, обоснованность назначения противогрибковых средств в комбинации с антибиотиками и т. д.

В процессе обучения обсуждались препятствия на пути формирования доказательной медицинской практики. Как и в России, значимость мнения «авторитетов» и традиционная приоритетность патогенетического подхода в медицине наряду с плохим знанием основ эпидемиологии и статистики мешают продвижению идеологии медицины доказательств. Одновременно было приятно встретиться с неплохой готовностью специалистов использовать англоязычные источники и отличным владением русским литературным языком.

Планируется, что обучение будет продолжено. Следующий курс должен быть посвящен конкретным вопросам разработки клинических рекомендаций.

Баку показался авторам этой заметки просыпающимся городом, в котором бурно растут богатые новостройки, улицы забиты машинами, в том числе и дорогими, а в центре глаза не уйти от бутиков. Машины на улицах в час пик будто трутся боками. При этом довольно много гудят — но это по нашим меркам. Сами бакинцы говорят, что сейчас уже мало сигналят. При этом ругани не слышно и пешехода, помахавшего рукой, пропускают везде.

Красота зданий, сохранившихся с начала XX века, становится все более заметной. В городе не видно портретов президента Азербайджана, хотя иногда встречаются плакаты с портретом покойного Гейдара Алиева. Хочется верить, что и с клиническими рекомендациями будет все хорошо, и Баку станет городом туризма.

В. Власов
М. Авксентьева

СВЕТСКАЯ ХРОНИКА

С 12 по 16 февраля 2008 года в МВЦ «Крокус Экспо» (г. Москва) при участии МЗСР, РАМ, ММА им. М.И. Сеченова, Департамента здравоохранения г. Москвы, Министерства здравоохранения Московской области, ряда других заинтересованных организаций, имеющих интересы в области здравоохранения, состоялся Международный медицинский Форум «Индустрия здоровья».

Деловая программа Форума, рассчитанная на 4 рабочих дня, состояла из специальных программ, посвященных отдельным регионам: дням здравоохранения г. Москвы, Московской области и Краснодарского края. Кроме этого были запланированы и успешно представлены отдельные программы проведения «Дня Российской академии медицинских наук» и «Дней Московской Медицинской академии им. И.М. Сеченова».

В рамках проведения Форума также состоялся Международный симпозиум «Динамическая электронейростимуляция — современная технология восстановительной медицины».

Настоящий Форум с организационной стороны был проведен удачно, начиная с вопроса проезда участников и посетителей, а также обеспечения их подробными програм-

мами и различными буклетами. В коротком сообщении об этом знаменитом событии не представляется возможным подробно рассказать об отдельных экспозициях и выставках.

Пожалуй, представляется особо необходимым обратить внимание на проведение Круглого стола, организованного РАМН, «Оказание высокотехнологичной медицинской помощи населению России. Доступность, качество, преемственность, проблемы и решения», и на насыщенные программы дней ММА им. И.М. Сеченова, посвященные 250-летию Академии, на которых обсуждались как текущие моменты состояния здравоохранения страны, так и стратегические перспективы развития отрасли с учетом последних достижений медицинской науки и практики.

В целом задача Форума — показать состояние отрасли на современном этапе и задачи на ближайшую перспективу — представляется с организационной точки зрения выполненной.

В заключение остается только порадоваться за счастливых участников, принявших участие в работе данного Форума, и пожелать будущим организаторам подобных мероприятий как можно больше приглашать медицинских работников, занимающихся практической врачебной и сестринской деятельностью.

В. Новолодский

Международный медицинский Форум «Индустрия здоровья»

Лучше раз увидеть, чем сто раз услышать



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

ОБЪЯВЛЕНИЕ

Продолжается работа Организационного комитета Премии Московского городского научного общества терапевтов имени профессора Дмитрия Дмитриевича Плетнева 2007 года. Премия имени Д.Д. Плетнева является общественной наградой за выдающийся вклад в развитие отечественной терапевтической школы, признанные достижения в профессиональной деятельности.

В конкурсе на соискание Премии имени Д.Д. Плетнева 2007 года определились номинанты (объявление об открытии конкурса было опубликовано в № 66).

На соискание премии выдвинуты:

1. Андрей Иванович Воробьев, академик РАН и РАМН, профессор, директор Гематологического научного центра РАМН, руководитель кафедры гематологии и интенсивной терапии РМАПО;
2. Валентина Александровна Насонова, академик РАМН, профессор, Институт ревматологии РАМН;
3. Асфольд Иванович Парфенов, профессор, заместитель директора по науке Центрального научно-исследовательского института гастроэнтерологии, заведующий отделением патологии тонкой кишки.

Из числа номинантов Жюри будет выбран один победитель. Итоги голосования Жюри будут опубликованы в Вестнике МГОТ «Московский доктор». О дате торжественного вручения премии будет объявлено позднее.

Начало на стр. 1

Метод анестезии	Асистолия	Смерть	Судороги	Травма спинного мозга и корешков	Радикулпатия	Синдром конского хвоста	Параплегия
Спинальная n = 40640	0,06%	0,01%	0	0,06%	0,05%	0,01%	0
Эпидуральная n = 30413	0,003%	0	0,01%	0,02%	0,02%	0	0,0039%

Респираторная поддержка обезбоживания без управляемого дыхания безусловно служит хорошим дополнением к регионарной анестезии. Разумеется, это не исключает современного наркоза с ИВЛ, а также различных видов атаралгии. Следует иметь в виду, что длительное использование эпидурального обезбоживания в раннем послеоперационном периоде значительно безопаснее введения опиоидных анальгетиков с позиции частоты тромбозомболических осложнений (мета-анализ Kehlet et Holte — 2001).

Частота тромбозомболических осложнений			
Метод обезбоживания	Абдоминальная хирургия	Торакальная хирургия	Ортопедия
Эпидуральная анестезия	15,7%	1,3%	28,7%
Опиоидные анальгетики	22,4%	5,7%	62,0%

Общую переносимость внутриполостной операции во многих случаях определяет хирургический доступ, а не само внутриполостное вмешательство. В связи с этим операции из малых доступов, как эндоскопические, так и открытые, с применением набора инструментов «мини-ассистент», по-

лучили распространение во многих клиниках и больницах и вытесняют традиционные операции из широкого лапаротомного доступа, а также позволяют шире выполнять симультанные операции. Лапароскопические операции на органах брюшной полости, включая и обширные вмешательства в колопроктологии, заметно улучшили результаты хирургического лечения не только доброкачественных, но и онкологических заболеваний. Говоря о миниинвазивных операциях, следует иметь в виду и дренирование жидкостных образований, как органических, так и внеорганических, в том числе и гнойников, под контролем ультразвукового сканирования, а также лапароскопические безнатяжные способы лечения вентральных грыж, корригирующие операции при гастроэзофагальной рефлюксной болезни. Представляет большой интерес хирургическое лечение коронарной болезни сердца. И хотя идеальным кандидатом для операции прямой реваскуляризации миокарда, по мнению известного кардиохирурга Р.С. Акчурина, является пациент моложе 70 лет, преклонный возраст сам по себе не служит противопоказанием к операции. Кроме того, возможны и менее травматичные вмешательства (ангиопластика, стентирование коронарных артерий, трансмиокардиальная лазерная реваскуляризация).

Разработка более совершенных способов диагностики и лечения заболеваний у пожилых и старых людей с применением хирургических методов должно рассматриваться как важная задача геронтологии. Представляется необходимым не только постоянное совершенствование врачей, в том числе и хирургов, но и интеграция специалистов различного профиля и геронтологов для решения наиболее значимых проблем лечения больных пожилого и старческого возраста.

ПРОТОКОЛЫ МГНОТ

ПРОТОКОЛ ПЛЕНАРНОГО ЗАСЕДАНИЯ МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ от 14.02.2007 г.

Председатель секции: академик РАМН Н.А. Мухин

Секретарь: О.В. Борисенко

Повестка дня:

1. К. м. н. А.Д. Пальман (ММА им. И.М. Сеченова).

Синдром обструктивного апноэ во сне в клинике внутренних болезней

Тематика синдрома обструктивного апноэ во сне незаслуженно недооценена. Это заболевание несет тяжелые последствия для жизни пациентов. При этом заболевании из-за анатомических особенностей рото- или носоглотки пациента, тучности или других причин уменьшается или перекрывается ток воздуха в легкие при сохраняющихся дыхательных движениях. Поступление воздуха из верхних дыхательных путей может полностью прекратиться на несколько десятков секунд. Факторами, predisposing к развитию обструктивного апноэ, являются ожирение, гипертрофия миндалин, врожденные аномалии нижней челюсти (микрогнатия, ретрогнатия), эндокринные заболевания (акромегалия), климакс у женщин, злоупотребление алкоголем. Каждый эпизод апноэ ведет к микропробуждению, а это в свою очередь ведет к нарушению сна. Частота апноэ в популяции у мужчин составляет 4%, у женщин — 2%, с возрастом частота заболевания увеличивается. Симптомами ночного апноэ являются храп, пробуждение с чувством нехватки воздуха, потливость, повышенная двигательная активность, рефлюкс, учащенное мочеиспускание. К симптомам дневного апноэ относятся: избыточная дневная сонливость, утренние головные боли, ощущение усталости и разбитости в течение дня, снижение памяти, депрессия, снижение полового влечения. Обструктивное апноэ может приводить к серьезным последствиям для сердечно-сосудистой системы: артериальной гипертензии, легочной гипертензии, внезапной смерти, нарушению ритма вдоха. Также увеличивается риск инфаркта миокарда и нарушения мозгового кровообращения. Одна треть пациентов с обструктивным апноэ имеет нарушения сердечного ритма. В таком случае искусственный водитель ритма может только навредить. Для диагностики подобных нарушений ритма используют кардиореспираторный мониторинг во время сна. «Золотой стандарт» диагностики — полисомнография.



Медикаментозное лечение синдрома обструктивного апноэ неэффективно. Применяются механические и хирургические методы коррекции состояния, а также методы неинвазивной вспомогательной вентиляции легких. Механические методы сложны и практически не используются. Хирургический метод требует тщательного отбора пациентов и подходит для легких случаев. Одним из наиболее широко используемых методов лечения является неинвазивная вспомогательная вентиляция легких с использованием постоянного положительного давления в дыхательных путях.

2. К. м. н. Г.В. АН (ММА им. И.М. Сеченова).

Хроническая дыхательная недостаточность у больного с синдромом обструктивного апноэ во сне (клиническая демонстрация).

Приведен пример пациентки, страдающей синдромом обструктивного апноэ во сне, осложнившимся хронической дыхательной недостаточностью. Демонстрированы возможности полисомнографии для диагностики апноэ. После установления диагноза и использования аппарата для поддержания постоянного положительного давления на выдохе состояние пациентки стало улучшаться. Уменьшились явления дыхательной недостаточности.

Вопросы к докладчикам:

Вопрос: Насколько комфортно для пациентов использование маски в аппаратах неинвазивной вспомогательной вентиляции легких?

Ответ: Это субъективный вопрос, и решается он индивидуально. Лечение начинается с носовой маски.

Вопрос: Каков отдаленный прогноз заболевания: пожизненное лечение или есть выход?

Ответ: Это заболевание — хроническое, а использование положительного давления в легких в конце выдоха — паллиативное средство. Радиально помогают хирургические методы, в тех случаях, когда это возможно. Также состояние пациентов улучшается при снижении веса (при изначально избыточном весе). Лечение при обструктивном апноэ считается эффективным тогда, когда количество эпизодов снижается наполовину. Стандарт лечения — 4 часа за ночь, 5 дней в неделю. В Москве около 10 центров с подобным оборудованием. В США их около 600.

Вопрос: Были ли у Вас в практике худые больные, и какой диагноз в основном им устанавливался?

Ответ: Были. У таких пациентов наиболее часто выявляется патология ЛОР-органов: гипертрофия миндалин, ретро- и микрогнатия.

Вопрос: Какова статистика по причинам смерти?

Ответ: Не готов дать точные цифры.

Вопрос: Имеются ли данные о том, что длительное использование положительного давления в дыхательных путях около 14 мм вод. столба приводит к развитию аритмий?

Ответ: СИПАП-терапия — не полностью безопасное лечение, однако абсолютных противопоказаний к лечению нет. Польза перевешивает возможный риск. Среди описанных осложнений лечения: носовые кровотечения, баротравма, аритмии.

Вопрос: По Вашим данным, брадикардии проходили у пациентов после терапии?

Ответ: Если это апноэ-зависимый тип, то СИПАП-терапия приводит к полному исчезновению симптомов. У одной трети пациентов синусовая брадикардия и АВ-блокада проходила при устранении симптомов.

Вопрос: Когда ставится диагноз альвеолярной гиповентиляции (синдром Пиквика)?

Ответ: Это гиперкапнический вариант дыхательной недостаточности. Но у такого пациента может быть и синдром обструктивного апноэ во сне.

Вопрос: Какова стоимость аппарата для поддержания постоянного положительного давления в дыхательных путях?

Ответ: От 1 до 3 тысяч долларов США. Но подобное оборудование просто так не продадут: нет четких критериев эффективности, различается переносимость (до половины пациентов отказывается от дальнейшего использования). Но существует возможность брать аппарат напрокат.

ИнтерНьюс

Изгнание бесов как медицинская технология

Папа Римский Бенедикт XVI приказал создать отряды экзорцистов — священников, обученных борьбе с одержимостью. Руководство Русской православной церкви такую практику не приветствует, но у нас появляется все больше священников, о сверхъестественных способностях которых борются с чертовщиной слагаются легенды. К ним едут со всей страны. Экзорцизм — явление, которое еще полвека назад считалось пережитком Средневековья. В 70-е годы об экзорцизме, который в православной традиции называется отчиткой, заговорили и в нашей стране. Говорит архимандрит Герман (Чесноков) из Свято-Троицкой Сергиевой Лавры: «Любой священник, получивший благословение, имеет право этим заниматься. Не всем, кто имеет тяжелые недуги, надо обязательно идти на изгнание бесов. В тех случаях, когда человеку требуется, скажем, операция, я даю телефоны врачей». Патриарх несколько лет назад осудил участвовавшую практику отчиток, ведь благодаря такой практике батюшки приобретают репутацию старцев и независимость от начальства. Однако число экзорцистов растет: спрос рождает предложение. На отчитках яблоку негде упасть. У каждого своя болячка: в основном люди жаловались на головные боли, ломоту в спине и ногах, ухудшившееся зрение, семейные конфликты. Вход на отчитку свободен и бесплатен.

Бесы — это болезни, — таков лейтмотив отчитки. — И их изгнание — это лечение. Отец Герман рекомендует проходить отчитку 3 раза. В качестве обязательного требования — исповедь перед ней, а после 3 отчиток — соборование и причащение. Отчитка стала в России православной модой. Говорит психотерапевт Т. Муха: «Человек ощущает свою нецелостность, и, если священник производит над ним ритуал, у него на время может создаться иллюзия исцеления. Но зачастую отчитка только ухудшает психическое состояние. Скорее всего, батюшка, который берется проводить такие ритуалы, сам ощущает свою нецелостность, деля все на черное и белое. Мнение больного о себе как о бесноватом может быть сильно выраженной формой невроза».

Есть примеры, когда здоровые, отправляясь на отчитку, становились бесноватыми. «С людьми, убежденными, что в них вселились бесы, я сталкиваюсь почти каждый день, — сообщил психиатр В. Файнзильберг. — Это один из видов психического расстройства. Раньше темой подобных расстройств был космос, а сегодня популярно все, что связано с церковью. Обществу не хватает по-настоящему сильной идеологии, поэтому людям легко запудрить мозги». Психиатры утверждают, что, помимо расстройства психики, феномен беснования может быть вызван участием в оккультных практиках, чтением магической литературы, обращением к «знахарям», «целителям» и «экстрасенсам».

«Вера в бесов — не что иное, как обратный результат усиления влияния религии на массовое сознание, — заявил сопредседатель совета российского Института свободы совести С. Мозговой. — Бес — это безадресное опережение неудовлетворенности, размытое, неосознанное представление о зле, которое резко возрастает в периоды социальной неустойчивости. Это сопровождается усилением эсхатологических настроений. Препятствовать распространению подобных суеверий должна в первую очередь сама Церковь. Невежество — это и ее враг».

Источник: Новые известия

Бег с гантелями

Группе исследователей из Бостонского медицинского университета при помощи генетических манипуляций с мышцами удалось добиться от них роста мышц, аналогичных тем, которые развиваются у человека при силовых упражнениях. Когда ген, задействованный в мышечном развитии таких «мутантов», искусственным образом отключается, мышцы, если их посадить на фастфудовскую диету, начинают страдать от ожирения и проблем с печенью. Тот же самый грызун при активированном «мышечном гене» начинает активно сжигать лишние жиры, появившиеся сложности с печенью пропадают, а также исчезает инсулиновая недостаточность. Интересно, что мышшь продолжают при этом кормить пищей с большим содержанием жира и сахара и не дают много двигаться. Ученые теперь с уверенностью заявляют, что мышцы, при помощи которых мы поднимаем тяжести, контролируют еще и обмен веществ во всем организме. Специалисты по физкультуре Бристольского университета в Великобритании считают, что это открытие может быть особенно полезно для пожилых людей, которым уже просто тяжело прогать многие километры. Они могут обратить свое внимание на гантели, ведь упражнения с ними не требуют особой выносливости, но, судя по свежей догадке ученых, помогают улучшить метаболизм.

Источник: BBC

ИнтерНьюс

Не молодые отцы предпочтительнее

Дети молодых отцов, которым не исполнилось двадцати лет, на 22% чаще умирают в первые четыре недели жизни, а шансы умереть в первый год жизни у них на 41% выше, чем у тех, чьи отцы за двадцать. Кроме того, у них на 17% больше вероятность родиться раньше срока и с недостатком веса. Если отцу за сорок, риск врожденных заболеваний у ребенка не повышается. Возраст всех матерей, принимавших участие в исследовании, составлял от 20 до 29 лет, чтобы исключить влияние возраста матери на результаты. Итоги работы опубликованы в медицинском журнале Human Reproduction. Профессор Ши Ву Вэнь из Исследовательского института здравоохранения в Оттаве, Канада, говорит, что «хотя риск в большинстве отдельных случаев возрастает незначительно, для общества в целом он огромен, если обнаруженное нами повышение опасности действительно связано с возрастом отца». Вероятно, однако, что свою роль играют и социальные факторы. Отцы-подростки в большинстве случаев беднее, чем мужчины старшего возраста, у них хуже с образованием, они реже обеспечивают своим беременным женам медицинскую помощь, которая бы позволила избежать проблем у ребенка. А. Пэйси, преподаватель андрологии в Шеффилдском университете, говорит: «Легко сказать, будто дело в сперматозоидах молодого отца, будто они в чем-то ненормальны. Но этому противостоят данные множества исследований, показавших, что в ДНК половых клеток у мужчин с возрастом возрастает число дефектов. Гораздо убедительнее объяснение в том, что старшие мужчины просто имеют больше возможностей поддержать своих беременных жен, чем молодые. Судя по всему, дети старших отцов начинают жизнь в более выгодных стартовых условиях».

Источник: InoPressa

В Калифорнии появятся автоматы по продаже марихуаны

В ближайшее время на улицах калифорнийских городов появятся автоматы, торгующие марихуаной, предназначенной для использования в медицинских целях. Федеральный закон США рассматривает марихуану как наркотическое средство и запрещает ее хранение и употребление в любых обстоятельствах. В то же время законы 11 штатов допускают терапевтическое использование марихуаны людьми, страдающими рядом хронических заболеваний, а также раком. Чаще всего марихуану используют для облегчения болевого синдрома, а также для улучшения аппетита и сокращения приступов тошноты у пациентов, подвергающихся химиотерапии. Первые два специализированных торговых автомата уже действуют в Лос-Анджелесе. Чтобы воспользоваться ими, необходимо иметь специальную идентификационную карту. Получить ее можно, предъявив рецепт, сфотографировавшись и сдав отпечатки пальцев. Фото и данные об отпечатках владельца заносятся на карту и сверяются при каждой покупке.

Источник: medportal.ru

Создан шлем для восстановления интеллекта и памяти

Специалисты из университета Сандерленда и британской компании Virulite намерены испытать на пациентах новый шлем, который может помочь людям, страдающим болезнью Альцгеймера. Данный шлем пациент должен носить в течение 10 минут в день. Прибор «подсвечивает» голову слабым инфракрасным светом. Это излучение, по мнению авторов шлема, должно стимулировать рост новых клеток мозга. Ранее принцип такой стимуляции был успешно испытан на мышцах. Кроме того, по словам главы Virulite Гордона Дугала, ученые попробовали стимулировать восстановление мозга людей при помощи инфракрасных лазеров. В опытах на девяти пациентах, страдающих слабоумием, восемь человек продемонстрировали некоторое улучшение состояния. Тесты инфракрасного шлема на 100 пожилых пациентах с расстройствами памяти начнутся летом нынешнего года. Авторы устройства надеются, что оно сможет восстанавливать когнитивные способности людей, а не просто замедлять развитие слабоумия, как при нынешних методах лечения.

Источник: BBC News

ОБЩИЙ АНАЛИЗ

от П. Медика

ГОРИМ, ПЕНСИОНЕРЫ, ГОРИМ

Вот и на нашей улице праздник. Наконец в Австрии погибли 11 пенсионеров в доме престарелых. Значит — ура — мы не самые плохие. И австрийки такие же. Вообще приятно, когда где-то плохо, а не только у тебя бардак. Наши дома для ветеранов горят один за другим, как шепки, но зато мы победили в войне этих австрийцев. То есть не мы, а как раз те ветераны, которые задыхаются в дыму пожаров. Но теперь справедливость восторжествовала и бывшие враги тоже мертвы. Во всяком случае, нам можно ничего не делать, а ждать, что супостаты будут гореть. Ведь все знают — главное, чтобы у соседа корова сдохла. Ну не строить же новые здания для стариков, право же, и уж тем более не ремонтировать старые. Затеять ремонт — хлопотно, и, опять же, краской вонять будет. А потом косметический ремонт не поможет — дома чаще всего ломать надо. О каком пожизненном здесь говорить, когда ветхость этих домов ужасающая. И горят они как спички, или как снопы сена.

Старикам нигде у нас почета нет. Ни в одном приоритетном проекте про них ни слова. Да и зачем — могут работать, пусть работают, не могут — туда им и дорога. Повышать пенсионный возраст — а зачем. Дело это не популярное. В 55 баб можно списывать на покой. Толку от них уже мало, нам, стране, Родине нужны молоденькие — пусть рожают. Вся демографическая политика сводится — по сути — к увеличению рождаемости. Так ведь проще фабрики по производству детей запустить, зачиная их в пробирках. ЭКО-логи буду счастливы. Потом, когда детородность производительницы уменьшается — списывать. Такое впечатление, что родине все больше надо молодого бездумного мяса, чем мыслящих зрелых специалистов.

Возможно, вы согласитесь с нами, что академическая философия обычно преподносится как некое безличное познание, как игра отвлеченного ума. Будто она обращена не к полнокровному человеку, с его радостями и невзгодами, а к «высушенному», узкому интеллекту. А вот философия здоровья (как представление о физической и духовной «силе») уже в древних культурах зарождалась — именно на основе цельных переживаний эволюции космоса и человеческой судьбы. Зарождалась она как действенный, ничем не заменимый элемент цивилизации.

ОБЩИЙ АНАЛИЗ

от семьи философов Папэ Г.В., Подкосова Д.П.

ФИЛОСОФИЯ ЗДОРОВЬЯ В МИРОВЫХ КУЛЬТУРАХ

Изначально от всякой философии ожидали укрепляющего, оздоравливающего влияния. «Если философия не исцеляет, не укрепляет, то зачем она?» Так вопрошал Эпикур, своим учением пытавшийся «устранить причины смутения и страха». Это уже потом философия «впала в гордыню», потеряла интерес к человеческой личности, стала «жонглировать» абстракциями без «живого пульса».

Но вернемся к философии здоровья. За тысячелетия проясняются ее ведущие темы. Это прежде всего:

- степени устойчивости организма (здоровье, так сказать, «низшее»)
- набиравание человеком высокой творческой энергии (т. е. — здоровья «высшего»)
- истоки болезней, смертности и вырождения

ПРОГРАММА ЗАСЕДАНИЙ СЕКЦИЙ МГНОТ в 2008 году

Совместные заседания Кардиологической
и Ангиологической секций в 2008 году

Дата	Тема
24 апреля	Полинейропатия: многообразие причин
22 мая	Артериальная гипертензия. Российские рекомендации. Что нового?
18 сентября	Как избежать инсульта
16 октября	Клинический разбор
6 ноября	Острый коронарный синдром. Не упустить время!
20 ноября	Аневризмы различных локализаций. Ранний скрининг или внезапная смерть?
18 декабря	Сахарный диабет — междисциплинарная проблема

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

Дата	Тема
8 апреля	Туберкулез
30 сентября	Герпетические инфекции
28 октября	Бронхиальная астма. Рано успокаиваться
2 декабря	Инфекции верхних и нижних отделов дыхательного тракта. Антибиотики: pro и contra

Заседания проводятся по адресу:

Москва, Ленинский проспект, дом 32-А, здание Президиума Российской академии наук, центральный вход, 3-й этаж, синий зал заседаний.

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

Начало заседаний в 17 часов.

Вход по приглашениям.

Приглашения публикуются в «Вестнике МГНОТ»

— эволюционные возможности человеческой природы (с учетом «догадки», что болезнь есть некий эволюционный эксперимент живой Природы).

Ясно, что поиск смысла и перспектив жизни без участия философии здоровья — дело безнадежное. Здоровье — это не столько отсутствие болезней, но и способность к жизненным и творческим усилиям. Степеней этой способности много — от простейших форм самосохранения до тончайших переживаний и творческих «самозабвений». Тема эта — колоссальная: степени здоровья (от низшего до высшего), место и роль болезней в эволюции, человек как участник вечного творчества жизни.

Было бы полезно различать ступени роста жизнеспособности: низшие и высшие. Каждой ступени присуща своя мера возможностей и свои типические отклонения. «Масштабом здоровья остается расцвет тела, полет духа, его мужественность и веселье, — подчеркивал еще Ф. Ницше. — Но, разумеется, и то, какую меру болезненного человек может взять на себя и преодолеть». Стало быть, здоровье — это и полнота переживаний, способность вмещать сложные повороты судьбы, творчески отвечая на любые воздействия. Идеал здоровья не исключает болезней. Есть ничем не заменимый опыт страдания и сострадания. Не об этом ли сказал Л.Н. Толстой: «Абсолютно здоровый человек, абсолютно здоровая нация — это же чудовище!».

В системе философских понятий «здоровье» шире и универсальнее понятия «болезнь». Но что же в конце концов побеждает? Разве не болезни? Насколько может быть заманчива жизнь, пусть долгая, пусть творческая, если она отравляется недугами, тревогами, если омрачается сознанием неизбежного конца?! Известный терапевт И.А. Кассирский («О врачевании. Проблемы и раздумья», М., 1970) признал в

Продолжение на стр. 7 ➔



ВЫШЛА В СЕТЬ НОВАЯ КНИГА!

КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ

3-е издание

дополненное с приложениями

Под редакцией профессора П.А. Воробьева

Издательство НЬЮДИАМЕД

2008 г.

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

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

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

СТАНДАРТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Газета Вестник МГОТ 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 назна-

чения лекарственного средства, умноженному на ориентировочную дневную дозу.

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

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

СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА

1. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА

Категория возрастная: взрослые

Нозологическая форма: болезнь Паркинсона

Код по МКБ-10: G 20

Фаза: первое обращение за медицинской помощью, стабильная реакция на противопаркинсонические препараты

Стадия: ранняя, развернутая

Осложнение: без осложнений

Условие оказания: амбулаторно-поликлиническая помощь

Приложение
к приказу Министерства
здравоохранения и социального развития
Российской Федерации
от 23 ноября 2004 г. № 265

1.1. ДИАГНОСТИКА

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.23.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии центральной нервной системы и головного мозга	1	3
A01.23.002	Визуальное исследование при патологии центральной нервной системы и головного мозга	1	3
A01.23.003	Пальпация при патологии центральной нервной системы и головного мозга	1	3
A01.23.004	Исследования чувствительной и двигательной сферы при патологии центральной нервной системы и головного мозга	1	3
A02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	1
A01.035.01	Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра первичный	0,1	2
A02.26.002	Исследование сред глаза в проходящем свете	0,1	1
A01.053.01	Прием (осмотр, консультация) врача-уролога первичный	0,1	1
A05.23.002	Ядерно-магнитное резонансное исследование центральной нервной системы и головного мозга	0,1	1
A06.23.004	Компьютерная томография головы с контрастированием структур головного мозга	0,1	1
A13.30.001	Патопсихологическое обследование	0,01	1
A09.05.078	Исследование уровня церулоплазмينا в крови	0,001	1

2.1. ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА 6 МЕСЯЦЕВ

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.23.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии центральной нервной системы и головного мозга	1	3
A01.23.002	Визуальное исследование при патологии центральной нервной системы и головного мозга	1	3
A01.23.003	Пальпация при патологии центральной нервной системы и головного мозга	1	3
A01.23.004	Исследования чувствительной и двигательной сферы при патологии центральной нервной системы и головного мозга	1	3
A25.23.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга	1	3
A02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	3
A25.23.002	Назначение диетической терапии при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга	1	3
A25.23.003	Назначение лечебно-оздоровительного режима при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга	1	3
A02.26.015	Тонометрия глаза	0,5	1
A13.31.001	Обучение самоуходу	0,5	1
A01.020.01	Прием (осмотр, консультация) врача лечебной физкультуры	0,3	1
A01.054.01	Осмотр (консультация) врача-физиотерапевта	0,1	1
A04.035.01	Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-психиатра	0,1	3
A19.23.002	Лечебная физкультура при заболеваниях центральной нервной системы	0,3	10
A21.23.001	Массаж при заболеваниях центральной нервной системы	0,001	10

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД**	ЭКД***		
Средства, влияющие на центральную нервную систему	<i>Препараты, содержащие леводопу</i>	Леводопа + бенсеразид	0,75	300 мг	54000 мг		
		Леводопа + карбидопа	0,5	300 мг	54000 мг		
		<i>n-холиноблокатор центральный</i>	Тригексифенидил	0,25			
			Тригексифенидил	0,5	10 мг	1800 мг	
		<i>Допамиnergические препараты</i>	Амантадин	1	500 мг	90000 мг	
			<i>Допаминовых рецепторов стимуляторы</i>	Пирибедил	0,3	150 мг	45000 мг
		Бромокриптин		0,3	40 мг	7200 мг	
		<i>Ингибитор моноаминоксидазы типа B</i>	Селегилин	0,3			
			Селегилин	1	10 мг	1800 мг	
		<i>Антидепрессанты и средства нормотимического действия</i>	Амитриптилин	0,2			
			Амитриптилин	0,25	75 мг	1350 мг	
			Флуоксетин	0,25	40 мг	7200 мг	
		<i>Средства для лечения нарушений сна</i>	Зопиклон	0,01			
			Зопиклон	1	7,5 мг	225 мг	
		<i>Антипсихотические средства</i>	Клоzapин	0,01			
			Клоzapин	1	200 мг	6000 мг	
		Гипотензивные средства	<i>Бета адреноблокаторы</i>	Пропранолол	0,01		
				Пропранолол	1	120 мг	3600 мг

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

СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ТРАВМАМИ, ЗАХВАТЫВАЮЩИМИ НЕСКОЛЬКО ОБЛАСТЕЙ ТЕЛА

1. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА

Категория возрастная: взрослые, дети

Нозологическая форма: травмы головы, травмы, захватывающие несколько областей тела

Код по МКБ-10: S 00- S 09, T00-T07

Фаза: острое состояние

Стадия: первое обращение

Осложнение: травматический шок; гиповолемический шок; другие виды шока; шок неуточненный

Условие оказания: скорая медицинская помощь

Приложение
к приказу Министерства
здравоохранения и социального развития
Российской Федерации
от 28 августа 2007 г. № 565

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
A01.31.016	Перкуссия общетерапевтическая	1	1
A01.31.011	Пальпация общетерапевтическая	1	1
A 01.31.012	Аускультация общетерапевтическая	1	1
A01.08.002	Визуальное исследование верхних дыхательных путей	1	1
A02.09.001	Измерение частоты дыхания	1	1
A01.12.002	Визуальное исследование при сосудистой патологии	1	1
A02.10.002	Измерение частоты сердцебиения	1	1
A02.12.001	Исследование пульса	1	1
A 11.12.001	Катетеризация подключичной и других центральных вен	0,1	1
A01.03.002	Визуальное исследование костной системы	1	1
A01.03.003	Пальпация костной системы	1	1
A02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	1
A01.23.002	Визуальное исследование при патологии центральной нервной системы	1	1
A05.10.001	Регистрация электрокардиограммы	1	1
A05.10.007	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных	1	1

2.1. ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА 30 МИНУТ

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.31.009	Сбор жалоб и анамнеза общетерапевтический	1	1
A01.31.010	Визуальный осмотр общетерапевтический	1	1
A01.31.011	Пальпация общетерапевтическая	1	1
A01.31.016	Перкуссия общетерапевтическая	1	1
A01.31.012	Аускультация общетерапевтическая	1	1
A01.08.002	Визуальное исследование верхних дыхательных путей	1	1
A02.09.001	Измерение частоты дыхания	1	1
A01.12.002	Визуальное исследование при сосудистой патологии	1	1
A02.10.002	Измерение частоты сердцебиения	1	1
A02.12.001	Исследование пульса	1	1
A02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	1
A25.03.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях костной системы	1	1
A11.12.003	Внутривенное введение лекарственных средств	1	1
A11.09.008	Ингаляционное введение лекарственных средств и кислорода	1	1
A05.10.001	Регистрация электрокардиограммы	1	1
A05.10.007	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных	1	1
A11.09.007	Эндотрахеальное введение лекарственных средств	0,5	
A11.08.011	Установка воздуховода	0,5	1
A14.08.004	Отсасывание слизи из носа	1	1
A15.03.010	Иммобилизация при травме позвоночника	1	1
A11.08.009	Интубация трахеи	0,1	1
A16.09.011	Искусственная вентиляция легких	0,6	1
A16.08.022	Коникотомия	0,01	1
A11.09.004	Пункция плевральной полости	0,1	1
A16.09.029	Аспирация воздуха из плевральной полости	0,05	1
A15.03.010	Иммобилизация при травме позвоночника	1	1
A15.03.002	Иммобилизация при переломах костей	0,5	1
A11.28.007	Катетеризация мочевого пузыря	0,01	1
A15.01.001	Перевязки при нарушениях целостности кожных покровов	0,9	1
F05.01.02	Транспортировка пациента службой скорой медицинской помощи вне медицинского учреждения (организации)	1	1

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД**	ЭКД***
Анальгетики, нестероидные противовоспалительные препараты, средства для лечения ревматических заболеваний и подагры			1		
	<i>Ненаркотические анальгетики и нестероидные противовоспалительные средства</i>		0,7		
		Лорноксикам	0,5	8 мг	8 мг
		Кеторолак	0,5	30 мг	30 мг
	<i>Наркотические анальгетики</i>		0,3		
		Морфин	0,3	10 мг	20 мг
		Трамadol	0,4	100 мг	200 мг
		Тримеперидин	0,3	10 мг	20 мг
Растворы, электролиты, средства коррекции кислотного равновесия, средства питания			0,5		
	<i>Электролиты, средства коррекции кислотного равновесия</i>		1		
		Натрия хлорид	1	400 мл	400 мл
	<i>Препараты плазмы</i>		1		
		Декстроза	1	400 мл	400 мл
		Гидроксиэтилкрахмал	0,8	500 мл	500 мл
Средства, влияющие на сердечно-сосудистую систему			0,1		
	<i>Вазопрессорные средства</i>		1		
		Допамин	0,25	10 мг	10 мг
		Норэпинефрин	0,25	4 мг	4 мг
		Эпинефрин	0,25	0,25 мг	0,25 мг
		Добутамин	0,25	250 мг	250 мг
Средства для лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта			1		
	<i>Спазмолитические средства</i>		1		
		Атропин	1	0,5 мг	1 мг
Средства, влияющие на центральную нервную систему			0,1		
	<i>Анксиолитики (транквилизаторы)</i>		1		
		Диазепам	1	10 мг	20 мг
		Мидазолам	0,5	10 мг	10 мг

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

2. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА

Категория возрастная: взрослые, дети

Нозологическая форма: остановка сердца

Код по МКБ-10: I 46

Фаза: острое состояние

Стадия: первое обращение

Осложнение: вне зависимости от осложнений

Условие оказания: скорая медицинская помощь

2.1. 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
A01.31.011	Пальпация общетерапевтическая	1	1
A02.12.001	Исследование пульса	1	1
A01.31.016	Перкуссия общетерапевтическая	1	1
A01.31.012	Аускультация общетерапевтическая	1	1
A02.10.002	Измерение частоты сердцебиения	1	1
A05.10.001	Регистрация электрокардиограммы	1	1
A05.10.007	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных	1	1

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.31.009	Сбор анамнеза и жалоб общетерапевтический	1	1
A02.09.001	Измерение частоты дыхания	1	1
A02.12.001	Исследование пульса	1	1
A02.10.002	Измерение частоты сердцебиения	1	1
A02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	1
A05.10.001	Регистрация электрокардиограммы	1	1
A05.10.007	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных	1	1
A25.31.001	Назначение лекарственной терапии при неуточненных заболеваниях	1	1
A11.12.003	Внутривенное введение лекарственных средств	1	1
A11.09.007	Эндотрахеальное введение лекарственных средств	0,5	
A11.08.011	Установка воздуховода	0,5	1
A14.08.004	Отсасывание слизи из носа	1	1
A16.09.011	Искусственная вентиляция легких	1	1
A21.10.001	Массаж сердца	1	1
A17.10.001	Электростимуляционное воздействие при патологии сердца и перикарда	0,5	1
F05.01.02	Транспортировка пациента службой скорой медицинской помощи вне медицинского учреждения (организация)	1	1

2.2. ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА 30 МИНУТ

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД**	ЭКД***
Средства, влияющие на сердечно-сосудистую систему			0,5		
	<i>Противоаритмические средства</i>		1		
		Амиодарон	0,25	300 мг	500 мг
		Прокаинамид	0,25	100 мг	2000 мг
		Лидокаин	0,5	100 мг	500 мг
	<i>Вазопрессорные средства</i>		1		
		Эпинефрин	1	1 мг	10 мг
Средства для лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта			1		
	<i>Спазмолитические средства</i>		1		
		Атропин	1	1 мг	4 мг
Средства, влияющие на кровь			0,5		
	<i>Растворы и плазмозаменители</i>		1		
		Магния сульфат	0,5	1000 мг	12000 мг
		Натрия гидрокарбонат	1	100 мл	200 мл
Средства, влияющие на центральную нервную систему			0,05		
	<i>Анксиолитики (транквилизаторы)</i>		1		
		Диазепам	1	10 мг	80 мг

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

Начало на стр. 4 ↗

деятельности врача две неразрешимые трудности. Одна из них — «бездна бессилия». То есть врач борется с тем, что ведомо сильнее его. Борьба с болезнью — не более чем отсрочка неизбежной смерти. Другая трудность — «бездна незнания». Состояние организма, течение болезни — это океан уравнений со множеством неизвестных, что всегда делает лечение несовершенным.

Чем творчески-напряженнее отдельная человеческая жизнь, тем острее она переживает трагедию смертности. Мировые культуры в тысячелетних усилиях своего жизне-творчества переводили этот трагизм в «бесконечное преодоление». Через свои эволюционные авангарды (даосов, йогов, пифагорейцев и др.) они искали пути преобразования человеческой природы, пробуждения в ней скрытых энергий. Причем эти состояния рисовались в воображении именно как совершенное здоровье, творческая мощь и духовное бессмертие.

По Достоевскому, идеи нравственные и даже национальные вытекают из того убеждения, что человек в потенциале бессмертен, что он не простое земное животное, а связан с другими мирами и вечностью. Высшую идею человечества он понимал как идею личного бессмертия. Именно такая запредельная цель и движет великие культуры, побуждает их к развитию. Эволюция нацелена на качественный рост жизнеспособности целых народов, да и каждого индивида (призванного возрастая до Личности). К сожалению, современное прагматическое мышление в некоторых культурах тяготеет к некоей усредненной «нормальности» и малочувствительно к эволюционной идее.

Поразительно и чрезвычайно важно следующее. Строе-ние человека в каждой культуре рисуется своеобразно. Коренные понятия, такие, как жизнь, смерть, сознание, жиз-ненная сила, душа, тело, органы, кровь — трактуются по-своему, для нас во многом непривычно. Это означает, что есть разные пути к пониманию здоровья, к переживаниям продленной запредельности жизни.

Подлинно великих культур в письменной истории от-крыто немного, около десятка. Мы выделим только те, о ко-

торых предлагаем поговорить в очерках по философии здо-ровья. Среди них окажутся:

- индийская
- китайская
- греко-византийская
- западная (евроамериканская)
- и, наконец, русско-евразийская (российская).

Все подобные культуры расцвели на приливах само-бытной творческой энергии. Эта энергия открывается как ключевая эволюционная идея.

Есть научная история медицины, есть очерки медицины в рамках отдельных культур. Но никакая философия здоро-вья до сих пор не осмыслена и не представлена как целое. Тем более нет сравнительно-критического анализа этих фи-лософий.

Мы чувствуем, что область защиты здоровья у нас запу-щена. Многие запутано, извращено и даже катастрофично. К тому же мы (страна) плохо понимаем себя, свое назначе-ние и перспективу в человечестве. Россия еще не подобрала ключей к тяжелейшим своим проблемам, к государственно-му и социальному здоровью. Мы уже отметили, что при со-поставлении культур выявляется факт: строение души и те-ла, схемы психофизиологии человека — в каждой из них вы-являются с резким отличием. Внутри каждой самобытной культуры — собственная мудрость отношения к жизни, осо-бое понимание человека, свои методы лечения (какими бы «экзотическими» они нам не казались), собственная «муд-рость врачевания».

Обычно в науке и социальном проектировании упуска-ется важное обстоятельство: развитие личности, народов, рода человеческого невозможно без психофизической эво-люции. А без нее все благие начинания обречены на провал. Высший ориентир, этой эволюции описывается как «все-ленское чувство», переживание правды-истины, бессмертия духовной личности, всепроникающей любви и т. п. Здесь мы упираемся в развилку. Философы, ученые, медики могут включаться в это движение. А могут смиряться с ущербным, смертным, нетворческим состоянием человека, силясь оп-равдать и хоть как-нибудь, «пошагово», подкреплять его слабость. Не это ли и погружает, в конце концов, в «бездну невежества» и «бездну бессилия»?

ИнтерНьюс

В мире каждые шесть секунд из-за курения умирает один человек

Болезни, связанные с курением, уносят жизнь 1 человека каждые 6 секунд, убивая ежегодно 5,4 миллиона людей, говорится в докладе ВОЗ. «Если не предпринять решительных мер, то к 2030 г. эта цифра вырастет до 8 миллионов смертей. А всего в 21-м веке от табака может умереть почти миллиард людей, не сумевших побороть свое пристрастие к сигаретам, нюхательному табаку, кальянам, сигарам и курительным трубкам», — говорится в докладе. Его авторы отмечают, что число жертв табачной эпидемии превышает число погибших от любого инфекционного заболевания, хотя предотвратить распространение вредной привычки легче, чем инфекций и вирусов. ВОЗ сообщила, что ни одна страна мира полностью не выполнила требования Международной конвенции по контролю над табаком, вступившей в силу 3 года назад, призвав нации исполнить свои обязательства. Конвенция обязывает участников полностью запретить рекламу табачных изделий, повысить цены и налоги на их производство и продажу и запретить курение в общественных местах ради защиты некурящих. Всемирная организация здравоохранения напомнила, что конвенция предписывает, чтобы напоминания о вреде курения занимали половину площади пачки сигарет. В докладе сообщается, что лишь 5% населения мира проживает в странах, которые в полной мере реализовали хотя бы одну из предлагаемых мер, а 40% стран мира до сих пор разрешают курить даже в больницах и школах. При этом доходы национальных правительств от налогов на табак в среднем в 5 тысяч раз больше тех средств, которые они расходуют на борьбу с курением. Доклад был оглашен в Нью-Йорке дважды — в штаб-квартире ООН и на нейтральной территории в присутствии мэра города М. Блумберга, финансировавшего это глобальное исследование. Именно он объявил войну никотину в мегаполисе, несколько лет назад запретив курение в общественных местах, в ресторанах и барах.

Источник: РИА Новости

Американские исследователи обнаружили, что при использовании детской косметической продукции содержание фталатов в моче детей увеличилось в 4 раза

Фталаты обладают гормоноподобным действием, подавляя выработку мужского полового гормона тестостерона. Предыдущие исследования показали, что эти вещества мешают нормальному развитию половых органов и могут вызывать нарушения репродуктивной функции как у мальчиков, так и у девочек. Ученые из Вашингтонского университета и Университета Рочестера проанализировали содержание фталатов в моче 163 американских детей в возрасте от двух до 28 месяцев. Во всех образцах мочи был обнаружен как минимум 1 тип фталатов, а более чем в 80% образцов содержалось 7 и более разновидностей фталатов. Наиболее высокий уровень этих веществ содержался в образцах мочи детей младше 8 месяцев, на кожу которых наносили лосьоны. Производители косметики обычно не указывают на этикетках содержание фталатов. Между тем, данные исследования свидетельствуют, что продукция по уходу за детьми нередко содержит разнообразные фталаты, которые могут попадать в организм ребенка через кожу, сообщила руководитель исследования Ш. Сатьянараяна. Ученые рекомендовали родителям ограничить применение детских лосьонов и присыпок и использовать их только по медицинским показаниям.

Фталаты содержатся не только в косметических средствах, но также нередко используются в качестве пластификаторов при производстве игрушек. Комментируя данные исследования, производители детской косметики отметили, что в составе их продукции содержится только диэтилфталат, причем в очень небольших концентрациях. Необходимы более масштабные исследования, посвященные этой теме, полагают производственники.

Источник: MedPortal

Доктором О. Борисенко с коллегами опубликованы результаты АВС- и VEN-анализов расходов Ставропольской краевой больницы на лекарственные средства

Также проанализированы результаты централизованной закупки лекарств. Наиболее затратную группу «А» составили 57 препаратов. По фармакотерапевтическим группам препараты распределились следующим образом: антимикробные и противогрибковые средства (25,2% от общих расходов), электролитные, плазмозамещающие растворы и растворы для парентерального питания (20,7%), средства, влияющие на свертывание крови (8,9%). В группе «А» были выявлены несколько препаратов с недоказанной эффективностью.

Источник: Проблемы стандартизации в здравоохранении, № 7, 2007



XIII Международная научно-практическая конференция

«ПОЖИЛОЙ БОЛЬНОЙ. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ»

29 сентября—1 октября 2008 года

Центральный дом ученых РАН, Москва

Web-сайт: www.zdrav.net, www.zdravkniga.net

E-mail: gerontology@zdrav.net

Постоянно действующий Организационный комитет конференции «ПОЖИЛОЙ БОЛЬНОЙ. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ» сообщает о проведении

29 сентября—1 октября 2008 года

XIII Международной научно-практической конференции.

ОСНОВНЫЕ НАУЧНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ КОНФЕРЕНЦИИ:

- Организация медицинской и социальной помощи пожилым. Современные геронтологические технологии. Сестринский процесс.
- Геронтологические аспекты терапии (кардиология, ревматология, гематология, и т. д.), хирургии, офтальмологии, стоматологии, неврологии и психиатрии.
- Теоретические основы геронтологии, старение, геропротекторы.
- Стандартизация, медицина, основанная на доказательствах, и клинико-экономический анализ в гериатрии
- Геронтофармакология

Во время конференции будет проходить выставка ведущих фирм, производящих лекарственные препараты, лечебное и реабилитационное медицинское оборудование, предметы ухода для пожилых.

ВАЖНЫЕ ДАТЫ

Предоставление тезисов до 30 июня 2008 г. Заявки на гостиницу до 1 сентября 2008 г.

Правила оформления тезисов. Тезисы объемом не более 400 слов (3500 знаков — до 1,5 страниц формата А4), шрифт 12, 1,5 интервала размещаются ONLINE или пересылаются в 2-х экземплярах в адрес Оргкомитета с приложенной дискетой с электронным вариантом (Word для Windows). Воспроизведение с авторского оригинала без редактирования — ответственность за все ошибки лежит на авторе тезисов.

В присланных тезисах должны быть указаны название, авторы (ФИО представляющего автора должно быть внесено первым), организация, желательно — цели и задачи исследования, описание методов и полученных результатов с приведением цифровых данных, заключение. Дополнительно предоставляется: контактная информация каждого из авторов, информация об учреждениях каждого из авторов: отдел, организация/больница, город, страна

ЗАРЕГИСТРИРОВАТЬСЯ

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

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

Адрес Оргкомитета: Москва, 115446, Коломенский проезд д. 4, ГКБ № 7, Кафедра гематологии и гериатрии ММА им. И.М. Сеченова, Оргкомитет Конференции: «ПОЖИЛОЙ БОЛЬНОЙ. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ».

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

ИнтерНьюс

Кто ответит за косметику?

Ассоциация британских потребителей Which? шокирована тем, что оказание «неинвазивных» услуг по омоложению кожи практически никак не регулируется. Годовой оборот этой индустрии составляет 900 млн фунтов стерлингов, по прогнозам, в 2008 г. превысит 1 млрд. Каждый 5-й британец говорит, что занялся бы косметическими процедурами, если бы у него были деньги. Речь об особенно популярных методах, связанных с «неинвазивными процедурами», например, инъекциями ботокса, лазерной эпиляцией и пилингом лица. В прошлом году из 577 тысяч услуг, оказанных в области косметологии, 472 тысяч пришлись именно на эту категорию. Термин «неинвазивный» предполагает процедуру, при которой клиент ничем не рискует, поскольку не ложится под нож хирурга и не подвергается общему наркозу. По крайней мере, так нам обещают. Однако в реальности часто случается наоборот, как недавно на своем опыте поняла диктор BBC К. Сильвертон. После процедуры лазерной дермабразии (омоложения кожи) на ее лице остались такие следы, что ей пришлось сидеть дома еще в течение двух недель. В исследовании, недавно выполненном ассоциацией потребителей Британии Which?, говорится об ужасающем отсутствии профессионализма в британской косметологии: люди, не имеющие медицинского образования, дают советы пациентам; компании навязывают плохо осведомленным клиентам новые услуги; медсестры продают инъекции ботокса на аукционе eBay. Когда независимая комиссия экспертов составила рейтинг работы 19 клиник, ранее исследованных Which?, то ни одна из них не была признана «отличной», и лишь 5 «хорошими». «Люди часто думают, что всякого рода внутрикожные инъекции лекарственных препаратов типа ботокса гораздо безопаснее, чем пластическая хирургия, потому что они быстро делаются и позволяют обходиться без операции», — говорит Дж. Дрисколл, активистка Which?, организации, на сайте которой www.which.co.uk дается наиболее полное руководство по терапевтической косметологии. — Но рынок пластической хирургии регулируется гораздо лучше, потому что там работа хирургов контролируется Общим медицинским советом и Комиссией по здравоохранению. В отношении неинвазивных процедур не существует единого органа, куда можно обратиться за информацией, и нарушения часто остаются безнаказанными». Дрисколл говорит, что многие полагают, что поскольку косметология призвана тешить самолюбие, то правительство не хочет тратить деньги на эту отрасль. «С моей точки зрения, если не наладить ее регулирование, все кончится тем, что правительству придется тратить деньги на этих людей, когда они будут обращаться за помощью в Национальную систему здравоохранения, чтобы исправлять ошибки косметологов».

Источник: *The Daily Telegraph, UK, 2008*

Челюсть из стволовых клеток вырастили в животе пациента

Финские ученые пересадили мужчине верхнюю челюсть, полученную из его собственных стволовых клеток. В течение 9 месяцев трансплантат выращивали в животе самого пациента. Для создания челюсти специалисты из Института регенеративной медицины при Университете Тампере использовали стволовые клетки, полученные из жировой ткани 65-летнего пациента. В течение двух недель их культивировали в специальном питательном растворе, после чего были выделены так называемые мезенхимальные стволовые клетки — незрелые клетки, из которых может образовываться костная ткань, мышцы и сосуды. Клетки перенесли в специальный трехмерный подложку-носитель из биоматериала (фосфат кальция) и поместили в живот пациента. Образовавшийся трансплантат содержал не только костную ткань и мышцы, но и сосуды, сообщили исследователи. В ходе операции трансплантат присоединили к черепу пациента, а артерии и вены соединили с сосудами шеи с помощью микрохирургической техники. Собственная челюсть пациента была предварительно удалена из-за доброкачественной опухоли. В настоящее время пациент быстро идет на поправку, рассказала на пресс-конференции руководитель исследования Р. Сууронен. «По его внешнему виду нельзя догадаться, что он подвергся такой процедуре», — сообщила она. Успех специалистов из Финляндии открывает новые пути лечения тяжелых повреждений тканей и делает перспективу создания органов «на заказ» более реальной, полагают исследователи.

Источник: *medportal.ru*

Единственно, в чем мы абсолютно схожи с Американами — в своей непоколебимой любви к посадке людей в тюрьму. Случайно ли это совпадение? Сегодня в США самый высокий процент сидящих в кутузке граждан, даже больше, чем у нас. Но поток убийств, грабежей и насильничания не прекращается. Неотвратимость наказания, публичные казни с элементами садизма в виде электрического стула, в присутствии желающих, покупающих билеты на это зрелище, усыпления лекарствами не помогают. Отменять смертную казнь американцы не собираются, да и наши доморощенные «борцы за справедливость» все время кричат о необходимости отмены моратория на нее.

Истоки тут, как ни странно это прозвучит, в... великом учении Павлова. Да-да, того самого, Ивана Петровича, лауреата Нобелевской премии, чья собачка стоит в виде бронзового монумента. Того, на которого заставляли молиться как на икону и на теоретических кафедрах и на терапии, поменьше — на хирургии. Все ведь, если вы помните, от нервов. Ганс сказал стресс — значит стресс. И лечить нужно все от нервов, давать эмоции седуксеном и эуноктином, а тем, кто попроще — пипольфеном или, на худой конец, димедололом. Да еще добавив в коктейль анальгина и папаверина (позже — ношпочки). Последние препараты, кстати, близкие родственники морфина, синтетические алкалоиды опия. Ну, это так, к слову, когда смеются, что люди «с но-шпы» спят — зря... Вырастили страну тотальной наркомании, все, кто постарше, подсади на фенотарбитал как минимум, посадывая корвалольчик, валокор-

Новые правила, касающиеся употребления алкоголя за рулем, вступили в силу 1 января 2008 года.

По ним трезвым считается водитель, в крови которого обнаружено «менее 0,3 г/л этилового спирта или 0,15 мг/л алкогольной концентрации в парах выдыхаемого воздуха».

Вес тела, кг	Концентрация этанола в выдыхаемом воздухе в зависимости от количества принятых доз, мг/л							
	1	2	3	4	5	6	7	8
55	0,14	0,28	0,42	0,56	0,70	0,84	0,98	1,18
65	0,12	0,24	0,36	0,48	0,60	0,72	0,84	0,96
70	0,10	0,21	0,31	0,42	0,52	0,63	0,73	0,82
80	0,09	0,18	0,28	0,37	0,46	0,56	0,65	0,75
90	0,08	0,17	0,25	0,33	0,42	0,50	0,59	0,67
100	0,07	0,15	0,23	0,30	0,38	0,45	0,53	0,61

удовлетворялось, а на оставшихся действовали страдания каторжника мало.

Но сложившаяся веками идея преступления и неотвратимости наказания получила со стороны академика Павлова научное объяснение. «Стой, — я сказал, — всем бояться». Пенитенциальная система стала напоминать лабораторию рефлексологии. Даже уважение к палачам появилось, они стали походить на научных работников. Особенно эти идеи стали почетными в США, Германии и СССР в 30—40-е годы. Именно в этих странах психология и психиатрия, представители этих наук странным, причудливым образом переплелись с органами «исполнения наказаний». Во что это вылилось? — знаем мы далеко не все даже про фашистскую Германию, а что уж говорить про нас — бедных. Но ясно одно: последовательность «преступление—наказание» прочно засело в мозги. И продолжает из этих мозгов периодически высываться, как солома из головы Страшилы.

Последний пример принятого законодателями решения, как говаривал один мультиперсонаж — «вдохновлять». За пьянство за рулем будут сажать, и уже успешно сажают. Не всех, не сразу, сначала отнимут разик права, потом вторично — в кутузку. Сиди, думай, отдыхай. И все уверены, что пьяных станет меньше за рулем. Нет, господа, взятки постовым станут больше, а вот результативность меры будет стремиться к нулю. Я не злопыхатель, тем более — не защитник пьяных за рулем. Так же как противник курения. Но бороться нужно не репрессиями, а иными способами, в частности — уговорами, общественным мнением, высмеиванием, созданием отрицательного имиджа. А рассчитывать, что рефлекс победы разума — пустое. Так многие считали в начале прошлого века, но уже всем сегодня понятно, что учение о рефлексивном в поведении провалилось с треском и поминается в основном как исторический «казус».

Носит это направление — рефлексологии в науке о поведении — научное название «бихевиоризм», но его «приверженцев без оглядки» в современной психологии и психиатрии уже не осталось. Чего нельзя сказать про политиков: те до сих пор мыслят категориями, чья несостоятельность давно доказана жизнью. И пекут все новые и новые маразматические законы, неисполнение коих очевидно даже неискушенным гражданам, а взяткоемкость нарастает. Или для того их и делают?

ОБЩИЙ АНАЛИЗ

от П. Воробьева

БОРЬБА С ПЬЯНСТВОМ

КАК НАСЛЕДИЕ БИХЕВИОРИЗМА

Умный отложит.
Глупый — прочтет

динчик и т. д. Думать мозгами гражданам не нужно, пусть будут в полузабытьи. Недаром на выборах не раз выигрывали у нас в 90-е годы, заливая все вокруг дешевой водкой «евдокимовкой» и «брынцаловкой». За такими лидерами пойдет народ без оглядки.

Вернемся к Павлову. Он проповедовал, что вся наша жизнь — рефлекс. Тогда мода была такая — рефлекторная. Дал звук, потом мясца — и у собачки всегда на этот звук будет течь слюнки. Значит, делали вывод умные люди, если рефлексом можно испугать, чтобы крыса не совала свой нос, куда не нужно (а там, где не нужно — два проводка с током), можно и человека напугать тем же. Да и потом человек, он ведь образами мыслит, недаром — повесил образок на стенку, и вроде Бог тут с тобой рядом. Значит, ему, человеку, можно лишь нарисовать перспективу проводков с током, к стулу прикрученных, и навсегда отобьет у него охоту это делать всякие вещи нехорошие.

Раньше, когда электричества не знали, пороли прилюдно. Но еще один великий — Некрасов — в промежутке между игорными домами, оторвав взор свой от карт, заметил, что пороть — не интеллигентно как-то. Лучше уж в кандалы и в Сибирь пешочком. И ведь шли, кандальники. Только назидания в этом наказании не было — чувство мести

На добровольное медицинское страхование — ДМС — многие смотрят с надеждой: вот они помогут, вот они спасут. Увы, ожидания эти тщетны. Об этом свидетельствует разговор, состоявшийся в редакции газеты Аргументы и Факты, в котором приняли участие журналисты, организаторы здравоохранения и страховщики. Несколько слов было сказано и от автора. Для удобства объединим выступавших в эти категории.

Быстро в процессе дискуссии выявились 2 основных мотива: проблемы качества оказанной в рамках ДМС медицинской помощи и проблемы финансирования. Причем экономика оказалась важнее.

Журналист: читатели жалуются, что им отказывают в покупке полиса ДМС, потому что они старые и больные. Получается, что страховые компании готовы страховать только здоровых?

Виноваты не страховщики, а отсутствие системы здравоохранения

(одноактная пьеса в условиях плохой акустики)

Страховщик: почему-то у нас не вызывает удивления, что страховщики не страхуют горящие дома и битые машины. Основной принцип страхования — здоровый платит за больного, богатый за бедного. Собираем общие деньги и тогда можем себе позволить оплачивать помощь. Если мы бу-



дем страховать уже больных людей, то мы будем оказывать просто посредническую услугу: больной должен идти к врачу, а не к страховщику. Индивидуальное ДМС для больного — это как ударить машину и потом пойти искать страховую компанию, которая его застрахует. Конечно, можно просчитать риски для неопытного водителя и

Продолжение на стр. 9 ➔

Начало на стр. 1, 7, 8

взять с него денег больше, и так же сначала обследовать больного, а потом, просчитав риски, выставить ему более дорогую страховку, но само обследование обойдется очень дорого. Да и зачем — есть диагноз — лечись.

Организатор здравоохранения: Ни в одной стране мира медицинское страхование не является бизнесом в чистом виде, оно везде жестко регулируется государством, потому что всем понятно, что это не страхование машин и домов, хотя мы все время возвращаемся к этим аналогиям. Понятно, что страховщикам так выгоднее это преподнести, но роль государства в том и заключается, чтоб это было не так. Медицина — это социально значимая сфера, от нее зависит жизнь и здоровье людей, это не может быть чистым бизнесом никогда, так же, как фармацевтический бизнес. Бизнес, но с более жестким регулированием, чем продажа колбасы.

Автор: Вы говорите к вам приходят проблемные больные, которым вы вынуждены отказывать в страховке, но по существующему порядку эти больные должны получать помощь в полном объеме за счет ОМС. Мы тут обсуждаем, почему вы больным в страховании отказываете, вы вообще не должны в этом принимать участия.

Страховщик: Во всех странах имеется национальная система здравоохранения, везде она устроена по-разному, в некоторых странах отдельные категории граждан не попадают под действие национальной системы здравоохранения. По европейской классификации существует 3 вида ДМС: дополнительное, замещающее, параллельное. Американцы называют это страхование медицинских расходов, то есть это позволяет людям контролировать свои медицинские расходы. Если мы допускаем существование платной медицины в стране, значит, мы допускаем существование ДМС.

Автор: Я категорически не допускаю существования платного здравоохранения в стране. Пока это так — у нас государство, которое не хочет ни за что отвечать. За больного должно платить в первую очередь государство — из бюджета ли, из средств обязательного медицинского страхования ли — все равно!

Страховщик: Ежегодный бюджет ДМС в стране 50–60 млрд руб. Идет дискриминация ДМС по сравнению с другими видами страхования: все виды страхования снижают налогооблагаемую базу предприятия: сколько бы на страхование машин денег у организации не ушло, им на все это снижают налоги. ДМС — это 3% от фонда оплаты труда и все, остальное — из прибыли. Запрещено страховать родственников работников. Этим ограничивается социально ориентированный работодатель.

В ОМС проблема не в том, что работодатель мало платит — а он отдает чуть больше 3% на обязательное медицинское страхование (начисления на заработную плату), а в том, что за неработающее население чрезвычайно низкие взносы платит бюджет региона. Работодатель, который честно платит свой социальный налог, видит, что эти деньги перераспределяются на всех, и его работники не обеспечиваются нормальной медицинской помощью, и ему кажется, что единственная возможность — это ДМС.

Организатор здравоохранения: За работника корпоративный договор заключает представитель работодателя, который ничего не понимает в медицине, ничего не знает и знать не хочет о пожеланиях страхуемого и никакие наши доводы на него не действуют — у него есть сумма, выделенная на человека, она обусловлена системой налогообложения.

Страховщик: наполненность программы определяет не страховщик, а страхователь, тот, кто платит деньги. Если хозяин организации, решивший оплатить своим сотрудникам страховку, готов оплатить только ограниченный спектр услуг, то что мы можем с этим сделать?

Автор: Это получается двойное страхование, при ОМС 3% и по ДМС 3%. Работодатель, получается, дважды платит, при этом понимая, что помощь по ОМС из его сотрудников получать никто не будет, и фактически это деньги, отданные на благотворительность. Кроме того, ОМС обеспечивает лишь треть затрат на медицинскую помощь, остальное доплачивает напрямую в медицинскую организацию бюджет. Эти средства не имеют отношения к лечению конкретного больного и идут на содержание клиники. Но отчисления от зарплаты в 3% обеспечивают лишь треть затрат на очень хорошую помощь. Следовательно, ДМС обречено оказывать помощь низкого качества — в системе просто нет денег на современные технологии. Даже если бы часть помощи застрахованному по ДМС покрывалась из средств ОМС, то это увеличило бы финансовое покрытие в 2 раза и улучшило бы медицинскую помощь в 2 раза, хотя бы по объему доступных услуг.

Система ДМС сегодня в нашей стране — это артефакт. Она не может здесь существовать, потому что у нас система здравоохранения на сегодняшний день не существует, система ОМС не работает. ДМС должно работать как надстройка над ОМС, когда у вас обеспечивается базовая часть страхования за счет ОМС, а вы дополнительно к этому что-то страхуете. Либо это страхование не граждан страны, как это во всем мире принято. А у нас получаются две параллельные системы страхования, которые взаимно исключают друг друга, при этом сидят на одних и тех же койках, оплачивают лечение одних и тех же больных.

Журналист: давайте поговорим про качество медицинских услуг.

Страховщик: Это вопрос к лечебным учреждениям. Но за качеством мы следим, это наша прямая обязанность, во всех страховых компаниях есть отделы, контролирующие это. Стандартов нет, поэтому медицинские учреждения убедить в чем-то трудно. Если в ОМС хоть какие-то стандарты есть, то в ДМС их не существует. Вот в США все четко регламентировано, нет понятия плохого врача, есть средний врач, выполняющий все по стандартам, и выдающийся врач. Встает вопрос обоснованности назначений. В медицине есть как бы 2 раздела: доказательная медицина и шаманство, то, что врач не может объяснить — «сердцем чувствует». К сожалению, медицина полностью не поддается полной алгоритмизации, все равно некая субъективность остается.

Автор: Я послушал и пришел в ужас. Для меня удивительно услышать, что у нас стандартов нет. Как минимум 10 страховых компаний (не из числа присутствующих) принимали участие в разработке Номенклатуры работ и услуг в здравоохранении. Она является стандартом, утвержденным Минздравсоцразвитием. Минздравсоцразвития утвердил с 2004 г. 500 с лишним стандартов медицинской помощи. Из них 300 стандартов — это высокотехнологичная медицинская помощь. Вы, судя по всему, об этом ни разу не слышали. Вы об этом не слышали, потому что вам это не нужно!

Организатор здравоохранения: Нужно уточнять терминологию. Качество медицинской помощи и качество сервиса, это абсолютно разные вещи. Если исходить из закона о правах потребителя, то качество медицинской помощи складывается из качества медицинских услуг и его можно сравнить с качеством булочек, ниток и т. д. Потребитель медицинских услуг, не будучи специалистом в этой области, не в состоянии оценить качество, он может оценить только качество сервиса: сколько стояли в очереди, улыбался ли медицинский персонал и чистая ли на нем была одежда.

В самом ужасном положении в этой ситуации оказывается врач, потому что в итоге вся ответственность на нем. Врач, который должен лечить больного, вынужден маневрировать между пожеланиями своего руководства, страховой компании и больным, занимается бесконечными соглашениями. Делает рентген вместо КТ, потому что так страховая компания требует, а потом больному все равно приходится КТ делать. Когда врач сидит на приеме, то всю ответственность за происходящее несет он, а не эксперт, который просматривает историю, и ему кажется, что исходя из его знаний, полученных кое-как 20 лет назад, лечебная тактика должна быть иной, а то, что за 20 лет подходы изменились, он учесть не может. Существующая экспертиза качества — порочна в своей основе.

Но самое ужасное — выбор врачом, делать или не делать то или иное исследование. Вы зайдите в медицинские учреждения и послушайте, как удовлетворены ваши застрахованные, когда лечебные учреждения выполняют вашу программу страхования. Мы каждый день это выслушиваем. Не секрет, что очень немногие страховые компании предоставляют готовые программы страхования, в которых все предусмотрено и фиксированная цена, чаще всего страхователь создает на ходу лишь бы какую программу за устраивающую страхователя сумму. Программа клиента очень часто не совпадает с программой лечебного учреждения, которую заключил страховщик с медицинской организацией. Потом клиент может до посинения доказывать, что у него по полису это можно: в нашем договоре со страховой компании этого нельзя.

Автор: А кем определено. Что надо выбирать? Если дорогостоящие исследования есть в Федеральных стандартах, вы их должны использовать...

Страховщик: Эти ограничения определены страховой программой. Вы говорите, что страховщик заинтересован в выполнении наименьшего количества исследований, услуг. Это не так. Мы заинтересованы в максимальном наполнении медицинской программы, но встает вопрос цены полиса и клиент говорит, что он может заплатить только за минимум.

Автор: Но страховая программа не может противоречить Федеральным стандартам медицинской помощи.

Организатор здравоохранения: я бы это переадресовала страховщикам, это они должны согласовывать свои программы страхования со стандартами.

Автор: А почему Росздравнадзор не проверяет то, что он должен проверять в соответствии с административным регламентом — исполнение стандартов?

Вопрос повисает в воздухе...

Автор: стандарты должны быть в каждой клинике. Кое-где они есть, мы сейчас работаем с некоторыми клиниками. Частные клиники не очень готовы к стандартизации, страховщики вообще не заинтересованы в стандартизации, причем именно в ДМС. Но без стандартов двигаться некуда, потому что вместо страховых программ должны быть согласованные стандарты между страховой компанией и провайдером медицинских услуг, стандарты, которые удовлетворяют и ту и другую сторону. Это все входит в понятия СОпОв, в управление качеством медпомощи, стандарты организации, ничего сложного в этом нет. Обращайтесь, поделимся опытом.

Над текстом круглого стола в АуФе (21.02.08 г.) работали П. Воробьев и А. Власова

ИнтерНьюс

Ожидается наплыв фальшивых лекарств и беспредел в больницах

По данным Росздравнадзора, основная масса фальсифицированных лекарств, обретающихся на рынке, сбывается через медицинские организации. Совместные проверки Росздравнадзора с органами МВД, ФСБ и ОБЭП показывают, что канал продвижения и реализации лекарственных фальшивок сместился с аптек на больницы. За 3 последних месяца 2007 г. были проверены 575 больниц. Выявлено, что больницы бесконтрольно закупали лекарства у поставщиков, не имеющих никаких разрешений на торговлю, обнаруживались просроченные препараты, попавшие в больницы без надлежащего контроля. В Иркутской области к больничным лекарствам прикладывались поддельные документы, просроченные препараты не уничтожались. Среди фальшивок обнаружены и дорогостоящие онкологические лекарства.

Поскольку в абсолютном большинстве случаев заявки больниц на лекарства не соответствуют потребностям, в больницах по несколько лет хранятся и портятся препараты. Так, в двух проверенных больницах было обнаружено просроченных препаратов на 8 млн рублей. Специалисты Росздравнадзора утверждают, что поставки контрафактных препаратов, использование просроченных лекарств связаны с коррупционностью лиц, занимающихся лекарственными закупками в больницах. Часть препаратов, поставленных по государственным программам, в больницах просто списывалась. Так, в клинической больнице Смоленска разница по назначенному пациентам и списанному инсулину составила 1,5 млн руб.

Руководитель инспекции Росздравнадзора привел пример, когда лекарство поставлял в больницу известный производитель, но изготовил он лекарство из «левой» субстанции. Фальшивая субстанция была завезена в Россию под видом химических препаратов.

В России существует теневой рынок спиртосодержащих препаратов. Препараты выпускались под номерами изъятых за плохое качество серий лекарств, отпускались без рецептов. Проверяющие обнаружили 800 ящиков спиртосодержащих препаратов в одной из фармкомпаний, находившейся на территории воинской части. Росздравнадзор определил общее количество фальсификатов на рынке в 0,07% лекарственных серий и утверждает, что цифра точна, поскольку ведомство проверяет сегодня до 60% всех лекарств во всех секторах поставок.

Сегодня в 25 субъектах РФ вообще нет лабораторий по экспертизе лекарств, — отметила на коллегии начальник управления госконтроля Росздравнадзора Валентина Косенко. — И всего 5% имеющихся лабораторий могут проверить качество всех современных препаратов. 26 февраля Совет безопасности поддержал проект строительства 7 современных центров по контролю качества лекарств в каждом федеральном округе. С учетом роста фармрынка можно ожидать наплыва фальшивых лекарств в 2008 г.

Источник: газета «Газета», 28.02.2008

Мало было одного союза БАДпроизводителей, будет два

Российские производители БАД создадут еще один союз: кроме «Ассоциации производителей БАД» появится «Национальный союз производителей БАД, лечебного и профилактического питания». Учредителями станут лидеры рынка: «Эвалар», «Диод», «Экомир», «Натур Продукт», «Фора-Фарм». Учредительное собрание новой организации состоится в начале марта. Самая насущная проблема, решением которой займется Союз, — это переговоры с ФАС по поводу рекламы биологических активных добавок. Ограничения на рекламу, по мнению экспертов, являются одной из причин, по которой рынок БАД стагнирует: объем рынка БАД, по данным DSM Group, в 2007 г. составил 12 млрд руб.; в 2005 г. его рост составил более 30%, в 2006 г. лишь 10% по сравнению с предыдущим годом, а в 2007 г. — 12%. Стагнация стала следствием вступления в действие в 2006 г. нового закона о рекламе, который существенно ограничил рекламу лекарств и БАД, говорит гендиректор DSM Group А. Кузин. При этом, отмечает он, производители из сегмента здорового питания стали пользоваться теми же технологиями, в которых было отказано БАД. Кроме того, по мнению А. Кузина, часть рынка была «откушена» у БАД производителями лечебной косметики.

Источник: РБК daily, 28.02.2008

ИнтерНьюс

Риск самоубийства как-то связан с ростом и весом при рождении

Мужчины, имевшие низкий рост или малый вес при рождении, значительно чаще совершают попытки самоубийств. Риск самоубийства не снижается, даже если эти показатели приходят в норму в детском возрасте. Э. Миттендорфер-Рутц из Каролинского института (Швеция) воспользовалась базой данных, содержащей информацию о почти 320 тысячах шведских мужчин, родившихся в период с 1973 по 1980 год. В базе, в частности, имелись сведения об их весе и росте при рождении и во взрослом возрасте, попытках самоубийства и дате смерти. Дети, рост которых при рождении был менее 47 сантиметров, примерно в 2 раза чаще предпринимали попытку самоубийства во взрослом возрасте, чем родившиеся с ростом 50—51 сантиметр. Особенно часто они прибегали к таким способам самоубийства как повешение, самоубийство с использованием огнестрельного или холодного оружия, утопление и падение с высоты. Мужчины, родившиеся с нормальным ростом, однако имеющие низкий рост во взрослом возрасте, также имели повышенный риск умереть от самоубийства. Они предпринимали попытки покончить с жизнью на 56% чаще, чем более высокие мужчины.

Важное значение имел вес мальчика при рождении: мужчины, при рождении имевшие нормальный рост, но весившие менее 2,5 кг, в 2,5 раза чаще предпринимали попытки самоубийства. Люди, родившиеся недоношенными (соответственно, с низким ростом и малым весом), во взрослом возрасте пытались покончить с собой в четыре раза чаще, чем родившиеся на сроке более 38 недель беременности.

По мнению авторов исследования, повышенный риск самоубийства у таких людей может объясняться низким уровнем серотонина, что способствует агрессивности, импульсивности и суицидальному поведению. При воздействии неблагоприятных факторов во втором триместре беременности (например, плохое питание, употребление будущей матерью алкоголя или наркотиков) может замедляться рост плода и одновременно нарушается метаболизм серотонина, предположила Миттендорфер-Рутц. «У детей, родившихся преждевременно, имеются повреждения в различных областях мозга», в том числе в префронтальной коре, которая, вероятно, играет роль в измененном метаболизме серотонина, сообщили ученые.

Источник: Medportal.ru

Радиоуправляемая стерилизация мужчин

Австралийские исследователи разработали имплантируемый радиоуправляемый клапан, контролирующий выброс семенной жидкости во время эякуляции. Установка микроскопического устройства является полностью обратимой процедурой — пациент может открывать и закрывать клапан по собственному желанию. В настоящее время вазэктомия — перевязывание семявыводящих протоков — является единственным доступным мужчинам долгосрочным методом контрацепции. В отличие от женских контрацептивов, гормональные противозачаточные средства для мужчин не пользуются популярностью в связи с существенными побочными эффектами. Основное неудобство вазэктомии связано с тем, что эффект этой операции часто оказывается необратимым. Разработанный сотрудниками Университета Аделаиды силиконовый клапан длиной около 800 микрон вводится в семявыводящий проток с помощью инъекции. Створки клапана регулируются пультом дистанционного управления, посылающим радиосигналы на уникальной частоте. Предполагается, что во избежание возможных злоупотреблений контролирующей детородную функцию пациентов пульт будет постоянно храниться в офисе лечащего врача. В настоящее время ученые полностью завершили разработку устройства и готовятся к первым испытаниям в лаборатории: для начала работоспособность клапана проверяют на трубках с водой, после этого пробные имплантации проведут овцам и свиньям. Разработчики признают, что содержащийся в семенной жидкости белок может со временем привести к закупорке клапанов, что делает стерилизацию необратимой. Впрочем, по их мнению, даже временно обратимая стерилизация может стать более приемлемой альтернативой вазэктомии для многих мужчин.

Источник: MedPortal

Автор данного сюжета не профессиональный врач, а скорее профессиональный пациент. В прошлом неплохой хоккеист, по образованию историк и юрист, по профессии — журналист, известный многим по работе в газетах «Московский комсомолец» и «Совершенно секретно», он уже много лет находится на государственной службе. Но занятия политикой не мешают ему писать книги. Редакция публикует отрывок из его новой книжки, которая называется «Когда я был большим» и выйдет в конце 2008 года. Думается, что личные впечатления от «лечения», которое было популярным полтора десятилетия назад, тем более поданные в столь занятой форме, будут интересны и нашим читателям. Итак, слово Алексею Богомолову:

Мое глубокое убеждение: человек должен прийти к необходимости настроить свой организм на избавление от лишнего веса сам. Вмешательство в этот процесс со стороны действует только на людей слабых, внушаемых и неспособных противостоять психологическому давлению. Я, к сожалению, к подобным не отношусь, поэтому попытки психотерапевтов подействовать на меня в смысле снижения веса были обречены на провал. В 1993 году, когда я работал в газете «Московский комсомолец», редактор отдела писем Люська Волкова, сама особа довольно плотного сложения, отозвав меня в сторонку, с придыханием сообщила, что похудела на шесть килограммов благодаря активно рекламировавшемуся в нашей газете доктору Сергею Смелову. И тут же вручила мне бумажку с телефоном его офиса, судя по номеру, находившимся где-то в Свиблове. В общем, я позвонил, договорился, что приеду, и стал готовиться. Гуру сказал мне, что в день общения чего-то нельзя есть, чего-то пить, нужно выспаться и быть готовым воспринять его учение. Когда я приехал в помещение, которое, по-моему прежде было красным уголком, то обнаружил, что из посетителей небольшого залычика (человек на 60) большинство были женщины. Собственно, мужчин было двое — доктор Смелов и я. Доктор был на диво строен, а ваш покорный слуга при росте в 180 см. весил около 170 килограммов. Я стал слушать, а доктор — читать лекцию. Лекция почему-то была не о психологических настройках, а о пользе раздельного питания. Часа полтора Сергей вдалбливал дамам, что жарить жареную картошку с мясом — нельзя, пить водку — преступление, а пирожное — это что-то типа цианистого калия. Из лекции становилось ясно, что отныне ничего приятного в процессе еды присутствующих не ожидает. «Зато подумайте о том, как на вас будут смотреть мужчины!» — громко провозгласил Смелов. При этих словах я, в общем-то не мечтавший о внимании со стороны представитель своего пола, посмотрел на лектора, а женщины усталились на него и на меня. Ощущение было, надо сказать, волнительное. «Ну, нет, Алексей, сказал Смелов, вас это не касается, на вас будут смотреть женщины». Мне хотелось сказать ему, что благодаря великому учению, не меня уже и так плясает 58 женщин разного возраста, причём в основном полной комплекции, но я скромно промолчал.

А затем настал «момент истины». Было отобрано десять человек, в том числе и я, которых завели в затемненную комнату. Горели свечи, у стен стояли стулья, на которые мы и были усажены. Затем Смелов сообщил о том, что нужно закрыть глаза и внимать. Он монотонно, но, иногда чуть повышая голос, говорил о том, как вредно есть мясо убитых животных, как трупы, которые обычно разлагаются в земле, делают это у нас в желудках, отравляя всех напрочь. Народ стал потихоньку засыпать. Справа и слева я слышал явственное похрапывание. Я же, по совету автора метода, хорошо выспавшийся, не испытывал никакого желания прибить в объятия Морфея. Слушаю дальше. «Представьте себе грязные жирные куски мяса убитых жи-

вотных!» — воскликнул Смелов. При этом у меня в мозгу живо материализовался кусок хорошо запеченной буженины с жирным боком и золотистой корочкой. Я коротко сглотнул слюну и получил удар по лбу. «Просьпайтесь!» — сказал учитель. Я хотел сказать, что, собственно и не спал, но расстраивать мастера не стал, тем более что мое участие в шоу было совершенно бесплатным. Кончилось все тем, что я за десять дней, придерживаясь системы раздельного питания, похудел на 2 килограмма, которые тут же набрал снова, войдя в свой привычный ритм.

Вообще девяностые годы были богаты на различных психотерапевтов, некоторые из которых были просто обманщиками, а другие умели использовать человеческие слабости. В основном для отъема денег, конечно, а как побочный эффект — для похудения. Как ни странно, людей, зарабатывавших деньги потом и кровью, оказывалось гораздо проще убедить отдать эти деньги первому попавшемуся аферисту, чем заставить их вести здоровый образ жизни, меньше есть и больше двигаться. Широкой известностью в те времена пользовался уже прочно забытый сегодня Алан Чумак. Он выступал по телевидению, утверждая, что вопреки законам физики, химии и всего прочего, активизирует экраны телевизоров. «Заряжал» номера газет и купюры, в общем, делал все по полной программе.

С Чумаком я столкнулся в лифте, поднимаясь к себе в «МК» на третий этаж здания на улице 1905 года. Увидев меня, он радостно закричал: «Я тебе помогу!» Я поинтересовался, каким образом, а он, предварительно выяс-

нив, что я работаю в «МК» редактором отдела, и, видимо, решив, что ему мало заряжать одну «Вечернюю Москву», сказал, что я все увижу сам. Когда мы уехали у меня в кабинете, он попросил принести трехлитровую банку воды. Я позвонил секретарше главного редактора Мане Красновой, которая сидела ближе к источнику водоснабжения, и попросил ее принести требуемое. Донельза заинтригованная, она притащила банку, а Чумак, поставив ее (в смысле банку) на стол, стал делать магические пассы. Через пару минут он сказал, что отныне мне каждый день надо пить по стакану этой волшебной жидкости, отчего мои килограммы будут меня покидать со стремительностью курьерского поезда. И ушел.

Ровно 12 дней я пил воду из банки, но не похудел ни на грамм. Даже прибавил, по-моему, поскольку на это время пришлось пара дней рождения. Единственный эффект, который, как мне казалось, присутствовал, это то, что вода все эти дни была свежей и даже прохладной. Прохладу мне, правда, объяснили тем, что я приходил жарким летним днем в затененный кабинет, где вода, при этом стоявшая в шкафу, была холоднее уличной температуры, а свежесть — большим количеством хлорки и прочих обеззараживающих веществ, обильно добавлявшихся в московскую воду.

Через пару месяцев я снова столкнулся в лифте с Чумаком, который опять ездил «заряжать» «Вечернюю Москву». Он строго посмотрел на меня и спросил: «Ну, как?» «Как видишь» — ответил я. От вежливого предложения зарядить мне еще баночку-другую, я отказался. В те времена мне больше нравились совсем другие напитки...

Скажу честно, на своем пути я сталкивался не менее чем с десятком различных психотерапевтов и целителей. Пишу эти слова без кавычек, поскольку очень многим они каким-то образом помогли. Скорее всего, это уже вопрос внушаемости пациентов и психологических способностей авторов различных методов влияния на человеческое сознание. Вот только к академической науке все это дело имеет весьма далекое отношение, да и действует не на всех. Я знаю, я пробовал...

ИЗБЫТОЧНЫЙ ВЕС И ВУШАЕМОСТЬ

как это было в 90-х



Алексей Богомолов

Алексей Богомолов

Алексей Богомолов

Алексей Богомолов

Алексей Богомолов

Алексей Богомолов

Алексей Богомолов

Алексей Богомолов

Алексей Богомолов

Алексей Богомолов

Алексей Богомолов

Алексей Богомолов

Алексей Богомолов

Алексей Богомолов

Алексей Богомолов

Алексей Богомолов

Алексей Богомолов

Алексей Богомолов

Алексей Богомолов

Алексей Богомолов

Алексей Богомолов

Алексей Богомолов

Алексей Богомолов

Алексей Богомолов

Алексей Богомолов

Алексей Богомолов

Алексей Богомолов

Алексей Богомолов

Алексей Богомолов

Алексей Богомолов

Алексей Богомолов

Алексей Богомолов

Алексей Богомолов

Алексей Богомолов

Алексей Богомолов

Алексей Богомолов

Алексей Богомолов

Алексей Богомолов

Алексей Богомолов

Алексей Богомолов

Алексей Богомолов

Алексей Богомолов

Алексей Богомолов

Алексей Богомолов

Алексей Богомолов

Алексей Богомолов

Алексей Богомолов

Алексей Богомолов

Алексей Богомолов

Алексей Богомолов

Алексей Богомолов

Алексей Богомолов

Алексей Богомолов

Алексей Богомолов

Алексей Богомолов

Алексей Богомолов

Алексей Богомолов

Алексей Богомолов

Алексей Богомолов

Алексей Богомолов

Алексей Богомолов

Алексей Богомолов

Алексей Богомолов

Алексей Богомолов

Алексей Богомолов

Алексей Богомолов

Алексей Богомолов

Алексей Богомолов

Алексей Богомолов

Алексей Богомолов

ПРОГРАММА ЗАСЕДАНИЙ МГНОТ НА АПРЕЛЬ-МАЙ 2008 г.
Пленарные заседания: Анатомический корпус ММА им. И.М. Сеченова, Моховая, 11

Дата, автор	Тема, аннотация
9 апреля 2008 года, среда в 16.30	Заседание Правления и Ревизионной комиссии
9 апреля 2008 года, среда в 17.00 1. Проф. Зайратьянц О.В. (Московский государственный медико-стоматологический университет, Департамент здравоохранения г. Москвы) 2. Ведущий научный сотрудник Шкловский-Корди Н.Е. (ГУ ГНЦ РАМН)	Совместное с Московским обществом патологоанатомов пленарное заседание общества 1. Неблагоприятные последствия диагностики и лечения (врачебные ошибки и ятрогении). Приоритетной задачей ВОЗ провозглашено увеличение безопасности лечения, частота ятрогений достигла 10–16% («эпидемия ятрогений»). В Москве – 2–9% (30% при жизни не распознано). Важно различать медицинские (врачебная ошибка, ятрогения) и юридические понятия (реализованный риск, вина по неосторожности, халатности др.). Ятрогении – это любые патологические процессы, развившиеся как результат любых медицинских мероприятий. Их рост закономерен, для их профилактики и лечения необходимы разработка теоретических основ безопасности лечения и улучшение статистического учета 2. Право пациента на информацию и информированное согласие на исследование и лечение (этические, юридические и психологические проблемы). Вступивший в действие с 1-го января 2008 года, Национальный стандарт «Электронная история болезни. Общие положения» поднимает этические и юридические проблемы, связанные с ведением медицинских записей и владением персональными данными пациентов. Фармакологические фирмы прочно избавляются от именных регистров, обсуждается необходимость получать информированное согласие на хранение любой персональной информации пациента. Авторы Стандарта расскажут о том, какие возможности заложены в развитии медицинской информатики, которая ни в коей мере не заменяет ВРАЧА, но может помочь ему во многом
23 апреля 2008 года, среда в 16.00 в помещении ГУ Гематологического научного центра РАМН (Новый Зыковский пр-д, 4. Проезд ст. м. Динамо, выход к северным трибунам, далее авт. № 105 или маршрутное такси № 4 до остановки «1-ая улица 8 Марта». ГУ ГНЦ РАМН (административный корпус, 5 этаж, большой конференц-зал) 1. Академик Воробьев А.И. (ГУ ГНЦ РАМН) 2. Проф. С.А. Васильев, к.м.н. О.В. Марголин, проф. Я.Д. Сахибов (ГУ ГНЦ РАМН)	Пленарное заседание общества, посвященное 110-летию со дня рождения выдающегося отечественного гематолога академика АМН СССР Иосифа Абрамовича Кассирского 1. Развитие идей И.А.Кассирского в современной гематологии 2. Тромботические осложнения при лимфатических опухолях. В докладе рассматриваются этиологические, патогенетические, клинические и терапевтические особенности тромбозов, ассоциированных с различными лимфатическими опухолями. Предлагаются алгоритмы профилактики и лечебной тактики при тромбозах, в том числе ТЭЛА 3. Концерт
14 мая 2008 года, среда в 16.30	Заседание Правления и Ревизионной комиссии
14 мая 2008 года, среда в 17.00 1. Проф. В.Н. Ардашев, проф. Н.П. Потехин, д.м.н. С.А. Чернов, проф. А.Н. Фурсов, заслуженный врач РФ А.Н. Захаров, к.м.н. С.В. Чернацкий (ГВКГ им. Н.Н. Бурденко) 2. Д.м.н. С.А. Чернов, проф. А.Н. Фурсов, к.м.н. В.В. Кучеров, к.м.н. Н.Б. Ляпкина, Е.Г. Захарова, заслуженный врач РФ Н.В. Корнеев, М.Ю. Чернов, к.м.н. О.Р. Деревянко (ГВКГ им. Н.Н. Бурденко)	1. Клинические варианты течения метаболического синдрома. В сообщении представлены данные проспективного 7-летнего наблюдения за 634 больными метаболическим синдромом. Выявлены клинические особенности течения метаболического синдрома с формированием преимущественно артериальной гипертензии, сахарного диабета 2 типа и их сочетания. Полученные данные позволят проводить превентивные мероприятия по профилактике развития сердечно-сосудистых катастроф 2. Гипертрофическая кардиомиопатия: новые подходы к лечению (клиническая демонстрация)
28 мая 2008 года, среда в 17.00 1. Проф. Зайратьянц О.В. (Московский государственный медико-стоматологический университет, Департамент здравоохранения г. Москвы)	Совместное с Московским обществом патологоанатомов пленарное заседание общества 1. Причины смертности населения и анализ качества прижизненной диагностики в Москве за последние 5 лет. По данным Мосгорстата и патологоанатомической службы Москвы среди причин смерти населения Москвы, даже с учетом величины вероятной статистической ошибки (до 15%), лидируют ишемический инфаркт головного мозга и инфаркт миокарда. Показатель расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов составляет 16–17% (в амбулаторном звене – 46–59%). Применяемые патологоанатомической службой показатели качества лечебно-диагностического процесса не позволяют объективно его оценивать, требуется разработка новых индикаторов качества оказания медицинской помощи 2. Клиническое наблюдение (ММА им. И.М. Сеченова, Клиника имени академика Е.М. Тареева)
Секция лечебного питания в клинике лечебного питания Института питания РАМН (Каширское шоссе, 21)	
8 апреля 2008 года, вторник в 16.00 К.м.н. С.А. Дербенева	Применение фитостероидов в диетотерапии сердечно-сосудистых заболеваний
Секционные заседания	
Секция клинической геронтологии и гериатрии в конференц-зале ГКБ № 60 (шоссе Энтузиастов, 84/1, корпус 1, 2 этаж)	
17 апреля 2008 года, четверг в 15.00 Проф. А.Н. Ардашев, проф. Н.П. Потехин, к.м.н. Ф.А. Орлов, к.м.н. А.Ш. Синенко	Структурно-функциональные изменения миокарда при артериальной гипертензии различного генеза
15 мая 2008 года, четверг в 15.00 К.м.н. А.Ш. Синенко, к.м.н. Ф.А. Орлов. Состояние желудочно-кишечного тракта у кардиологических больных старших возрастных групп	Состояние желудочно-кишечного тракта у кардиологических больных старших возрастных групп
Секция электрокардиографии и других инструментальных методов исследования сердечно-сосудистой системы В аудитории 1 кафедры терапии РМАПО (больница им. С.П. Боткина, 20 корпус, 1 этаж, проезд до ст. метро «Беговая», «Динамо»)	
15 апреля 2008, вторник в 17.00 Доцент М.Н. Палкин, С.Н. Иванов	Синдром неустойчивой предсердной тахикардии
20 мая 2008, вторник в 17.00 Ю.Н. Стрельникова, Н.А. Зенова, М.А. Паина, проф. Г.Г. Иванов	Исследование альтернативы Т-зубца в клинической практике
Секция неотложной терапии (В большом конференц-зале клиничко-хирургического корпуса НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского (Сухаревская пл., 3, вход с Гроховского пер.)	
22 апреля 2008 года, вторник в 16.00 Проф. И.А. Борисов, к.м.н. С.В. Захаров	Лечебные эффекты стентирования и АКШ при многососудистых поражениях коронарных артерий
Секция ревматологии (В помещении конференц-зала Института ревматологии РАМН (Каширское шоссе, 34))	
8 апреля 2008 года, вторник в 16.00 Д.м.н. Т.М. Решетняк, Н.В. Середавкина, академик РАМН Е.Л. Насонов	1. Антифосфолипидный синдром: кардиоваскулярные аспекты 2. Демонстрация наблюдений.
13 мая 2008 года, вторник в 16.00 1. Д.м.н. В.Г. Барскова 2. К.м.н. М.С. Елисеев	1. Диагностика и лечение подагры. Рекомендации EULAR 2. Коморбидные состояния при подагре, особенности лечения
Секция нефрологии и иммунопатологии (В клинике нефрологии, внутренних и профессиональных болезней им. Е.М. Тареева ММА им. И.М. Сеченова (ул. Россолимо, 11-а))	
14–17 апреля 2008 года	Школа нефрологов в рамках конгресса «Человек и лекарство»
15 мая 2008 года, четверг в 16.00	Годичная конференция «Эстафета поколений»

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

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

Правление МГНОТ

Сопредседатели секции:

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

Программа заседания:

1. Круглый стол
2. Обсуждения
3. Доклад спонсоров

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

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

Сопредседатели секции:

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

Программа заседания:

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

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

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

Сопредседатели секции:

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

Программа заседания:

1. Круглый стол
2. Обсуждения
3. Доклад спонсоров

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

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

КАРДИОЛОГИЧЕСКАЯ СЕКЦИЯ

Приглашение

«Полиней-ропатия: многообразие причин»

24 апреля 2008 года
Начало в 17.00
Вход по приглашениям

АНГИОЛОГИЧЕСКАЯ СЕКЦИЯ



Поздравляет!

16 марта первый большой юбилей у Директора по маркетингу издательства Ньюдиамед Галины Семеновны Рихард. Больше 10 лет мы бок о бок работаем с редкой души человеком и просто очень красивой женщиной. Если бы мы не знали, то никогда бы не поверили, что эта хрупкая женщина является матерью троих детей и бабушкой одной внучки.

Галина Семеновна, дорогая, любимая!
Весь наш коллектив от всей души поздравляет Вас с юбилеем!
Будьте здоровы и счастливы, оптимизма и терпения Вам!

ЧЕЛОВЕК И ИНФЕКЦИЯ

Приглашение

«Туберкулез»

8 апреля 2008 года
Начало в 17.00
Вход по приглашениям

АНГИОЛОГИЧЕСКАЯ СЕКЦИЯ

Медицинские книги издательства «НЬЮДИАМЕД»

	ПРОТОКОЛ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ. БОЛЕЗНЬ ПАРКИНСОНА 2006 г., 184 стр., м.о.		СТАНДАРТИЗАЦИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ Архив журнала «Проблемы стандартизации в здравоохранении» 1999-2005 гг. 2007 г., 430 с., тв. п.
	Под ред. Новозариной В.Ф., Воробьева П.А. ТОЛКОВЫЙ АНГЛО-РУССКИЙ СЛОВАРЬ терминов, используемых в гематологии и иммунологии 2006 г., 154 с., м.о.		Под ред. П.А. Воробьева СБОРНИК ПРАВОВЫХ И НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ ТРАНСФУЗИОЛОГИИ 2004 г., 540 с., тв. п.
	П.А. Воробьев ЛИХОРАДКА БЕЗ ДИАГНОЗА 2008 г., 80 стр., м.о.		В.В. Цурко ОСТЕОАРТРОЗ: ПРОБЛЕМА ГЕРОНТОЛОГИИ 2004 г., 136 с., тв. п.
	Под ред. Воробьева П.А. СПРАВОЧНИК ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ФОРМУЛЯРНОГО КОМИТЕТА 3 издание 2007 г., 668 с., тв. п.		СТАНДАРТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ 2004-2006 г. CD.
	Под ред. Воробьева П.А. СПРАВОЧНИК ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ФОРМУЛЯРНОГО КОМИТЕТА 3 издание 2007 г., CD		НОМЕНКЛАТУРА РАБОТ И УСЛУГ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ 2004 г. CD.
	Андреев Ю.Н. МНОГООЧЕЧНАЯ ГЕМОФИЛИЯ 2006 г., 232 с., тв. п.		ПРОТОКОЛ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ. ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЗОВ И ЭМБОЛИЙ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИХ И ИНЫХ ИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ 2004 г., 64 с., м. о.
	Под ред. Воробьева А.И. ОЧЕРКИ ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ ТРАНСФУЗИОЛОГИИ 2006 г., 632 с., тв. п.		П.А. Бубнова-Рыбенкова ГЛАВЫ ИЗ СЕМЕЙНОГО РОМАНА 2003 г., 228 с., тв. п.
	Горохова С.Г. СУТОЧНОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ. ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ 2006 г., 51 с., м.о.		СБОРНИК ДОКУМЕНТОВ СИСТЕМЫ СТАНДАРТИЗАЦИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ 2003 г., CD.
	Гогин Е.Е., Гогин Г.Е. ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ И АССОЦИИРОВАННЫЕ БОЛЕЗНИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ: основы патогенеза, диагностика и выбор лечения 2006 г., 254 с., тв.п.		П.А. Воробьев АНЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ 2001 г., 168 с., тв. п.
	Под ред. Воробьева П.А. ГЕРОНТИЯ В ЛЕКЦИЯХ том 1, 2002 г., 440 с., тв.п. том 2, 2005 г., 470 с., тв. п.		Под ред. П.А. Воробьева ЛАБОРАТОРНАЯ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА. СПУТНИК ИНТЕРНИСТА 2001 г., 288 с., тв. п., м.о.
	ПРОТОКОЛ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ «ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ» 2005 г., 76 с., м. о.		Б.В. Петровский ГЕРОНИЗМ, ДРАМАТИЗМ И ОПТИМИЗМ МЕДИЦИНЫ 2001 г., 200 с., тв. п.
	Под ред. А.И. Воробьева РУКОВОДСТВО ПО ГЕМАТОЛОГИИ 4-е изд., 1-3 тт (с приложениями) 2007 г., 1275 с. с ил., тв. п.		Под ред. А.И. Воробьева, А.М.Кремленцовой АТЛАС ОПУХОЛЕЙ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ 2007 г., 294 с. с ил., тв. п.
	Под ред. П.А. Воробьева КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ. (ОЦЕНКА, ВЫБОР МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ И УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ) 2008 г., 792 стр., тв.п.		Под ред. Д.М. Гершковского ИЗБРАННЫЕ ГЛАВЫ. ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОЙ УРОЛОГИИ 2000 г., 362 с., тв. п.
			Б.П.Богомолов ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ: НЕОТЛОЖНАЯ ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА 2007 г., 653 с., тв. п.
			А.И. Воробьев, П.А. Воробьев ДО И ПОСЛЕ ЧЕРНОБЫЛЯ. ВЗГЛЯД ВРАЧА 1996 г., 180 с., м.о.

КАРДИОЛОГИЧЕСКАЯ СЕКЦИЯ

Приглашение

«Артериальная гипертензия. Российские рекомендации. Что нового?»

22 мая 2008 года
Начало в 17.00
Вход по приглашениям

АНГИОЛОГИЧЕСКАЯ СЕКЦИЯ

Вестник МГОТ (бесплатное приложение для врачей к журналу «Клиническая геронтология»). Тираж 6000 экз.
Свидетельство о регистрации ПИ № ФС77-19100 от 07 декабря 2004 г.
РЕДАКЦИЯ: Главный редактор П.А. Воробьев
Редакционная коллегия: А.В. Власова (ответственный секретарь), А.И. Воробьев, В.А. Буланова (зав. редакцией), Е.Н. Кочина, Л.А. Положенкова, Т.В. Шишкова, Л.И. Цветкова, В.В. Власов, О.В. Борисенко
Редакционный совет: Воробьев А.И. (председатель редакционного совета), Ардашев В.Н., Беленков Ю.Н., Белоусов Ю.Б., Богомолов Б.П., Бокарев И.Н., Бурцев В.И., Васильева Е.Ю., Галкин В.А., Глезер М.Г., Гогин Е.Е., Голиков А.П., Губкина Д.И., Гусева Н.Г., Дворецкий Л.И., Емельяненко В.М., Зайратьянц О.В., Заславская Р.М., Иванов Г.Г., Ивашкин В.Т., Кактурский Л.В., Калинин А.В., Каляев А.В., Клюжев В.М., Комаров Ф.И., Лазебник Л.Б., Лысенко Л.А., Маколкин В.И., Мартынов И.В., Михайлов А.А., Моисеев В.С., Мухин Н.А., Насонов Е.Л., Насонова В.А., Нонинов В.Е., Палеев Н.Р., Пальцев М.А., Парфенов В.А., Погожева А.В., Покровский А.В., Покровский В.И., Потехин Н.П., Раков А.Л., Савенков М.П., Савченко В.Г., Сандриков В.А., Симоненко В.Б., Синапальников А.И., Смоленский В.С., Сыркин А.Л., Турин В.П., Хазанов А.И., Цурко В.В., Чазов Е.И., Чучалин А.Г., Шпектор А.В., Ющук Н.Д., Яковлев В.Б.
Газета распространяется среди членов Московского городского научного общества терапевтов бесплатно
Адрес: Москва, 115446, Коломенский пр., 4, ГКБ № 7, Кафедра гематологии и геронтологии
Телефон 8-499-782-31-09, e-mail: mtpndm@dol.ru www:zdrav.net
Отдел рекламы: директор по маркетингу Г.С. Рихард (495) 729-97-38
При перепечатке материала ссылка на Вестник МГОТ обязательна.
За рекламную информацию редакция ответственности не несет. Рекламная информация обозначена **δ**